

Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica



Brasília - DF
2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família

Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica



Brasília - DF
2019



2019 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>.

Tiragem: 1ª edição – 2019 – 6.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC)

R. João Julião, 331 – Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo - SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.haoc.com.br

CONASEMS

Esplanada dos Ministérios,
Bloco G, Anexo B, Sala 144
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília - DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Editor geral:

Luiz Henrique Mandeta
Paulo Vasconcellos Bastian
Erno Harizeim
Otávio Pereira
Mauro Junqueira
Ana Paula N. Marques Pinho

Coordenação Técnica Geral:

Aline Fajardo
Celmário Castro Brandão
Elton da Silva Chaves
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Hisham Mohamed Hamida
Karen Sarmiento Costa
Marco Aurélio Santana da Silva
Nidia Cristina de Souza
Samara Kielmann
Tulio Correia Souza
Vitória Kachar Hernandez

Elaboração de texto:

Celmário Castro Brandão
Débora Schuskel
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Jardel Corrêa de Oliveira
Karen Sarmiento Costa
Leonardo Régis Leira Pereira
Mauro Silveira de Castro
Matheus Pacheco de Andrade
Noemia Urruth Leão Tavares
Orlando Mario Soeiro
Rangel Ray Godoy
Samuel Armano Maximo
Samara Kielmann
Simone Barbosa da Silva Bier
Thais Teles de Souza
Tulio Correia Souza

Revisor Técnico:

Alice Aparecida de Olin Bricola
Karen Sarmiento Costa
Leonardo Régis Leira Pereira
Noemia Urruth Leão Tavares
Orlando Mario Soeiro
Patrícia Silveira Rodrigues

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Projeto Gráfico e Capa:

Laura Camilo (L7 Design)

Normalização:

Editores MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.

Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Primária Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
384 p. : il.

ISBN 978-85-334-2714-3

1. Serviços Básicos de Saúde. 2. Atenção Básica. 3. Saúde Pública. 4. Assistência Farmacêutica I. Título.

CDU 614:615

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2019/0118

Título para indexação:

Em inglês: *Pharmaceutical Caution Management in Primary Health Care*

Prefácio

“Cuidar é experimentar o outro como sujeito, numa relação em que a atitude não é de intervenção, mas de interação e mútua produção. Na área da saúde, o cuidado invade como uma matriz, possibilitando sempre um novo acordo entre os trabalhadores e usuários (LOPES, 2010 a., p.13).”

Este livro é fruto de uma parceria, estratégica e fundamental, entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do PROADI, para o fortalecimento da implantação de políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS). É parte de um projeto produzido a partir das reais necessidades dos municípios brasileiros na execução das ações de saúde na Atenção Primária.

O projeto: “Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde” é um convite à reflexão sobre a atuação do farmacêutico na Atenção Primária e à ampliação de novas possibilidades de atuação a partir de ferramentas que fortaleçam a gestão do cuidado compartilhada em equipe e o papel fundamental do farmacêutico no cuidado ao usuário do SUS.

Esta publicação, resultante do primeiro curso do projeto, busca proporcionar aos gestores e profissionais de saúde, conhecimentos e diretrizes fundamentais para o desenvolvimento do cuidado farmacêutico, assim como propõe estratégias para a organização e implementação dos serviços na Atenção Primária, trazendo uma visão, inovadora e fundamentada, sobre a prática do profissional farmacêutico, sua potência no cuidado e sua importância na equipe. Também resgata o papel deste profissional no fortalecimento da Atenção Primária e de seu papel ordenador do cuidado no território.

Os produtos deste projeto, demonstram o impacto positivo que a parceria entre os formuladores e responsáveis pela implementação de políticas públicas, como o CONASEMS e o MS, com instituições reconhecidas no campo, como o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, por meio do PROADI, tem sobre o fortalecimento do SUS.

Ana Paula Pinho
Superintendente
Responsabilidade Social

Paulo Vasconcellos Bastian
Superintendente Executivo
Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Gestão do cuidado farmacêutico na atenção básica: conceitos e aplicação nos serviços de saúde dos municípios brasileiros

Celmário Castro Brandão, Tulio Correia Souza, Elton Chaves, Hisham Hamida, Karen Sarmiento Costa, Samara Kielmann Reis, Débora Schuskel e Simone Barbosa da Silva Bier.

Introdução

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) é um Hospital privado, filantrópico, sem fins lucrativos. As áreas de maior ênfase são a Oncologia e a Digestiva e conta, ainda, com mais de 40 especialidades em saúde. A Responsabilidade Social é um dos três pilares que sustentam a base de atuação do HAOC. Ela caracteriza-se por um conjunto de ações planejadas com o propósito de contribuir para o avanço sistêmico da saúde no Brasil. Nesse âmbito, estão as ações de desenvolvimento, de processos de excelência voltados para o apoio à gestão, capacitação, incorporação de tecnologias, assistência e pesquisa via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

O PROADI-SUS trata-se, portanto, de uma ação estratégica, fundamental para o fortalecimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, à medida que viabiliza a transferência de tecnologia, conhecimento e boas práticas a partir da *expertise* da equipe do hospital e das possibilidades de execução de projetos cujas temáticas refletem a necessidade de apoio na implantação, implementação, qualificação e consolidação das atividades de saúde realizadas pelos municípios.

Em vista da necessidade de desenvolvimento de iniciativas que favoreçam o fortalecimento da Atenção Básica, principalmente no que tange à incorporação do Cuidado Farmacêutico no SUS, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, via PROADI-SUS, elaborou o projeto intitulado **Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde.**

O objetivo principal desse projeto é fortalecer a Atenção Básica, por meio de um conjunto de iniciativas que visam a ampliação e qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e a integração das práticas de cuidado na equipe de saúde.

Um dos quatro cursos propostos pelo projeto é o de **Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**, que tem por finalidade oferecer aos gestores e profissionais de saúde conhecimentos e diretrizes que possibilitem o desenvolvimento do serviço de cuidado farmacêutico, assim como propor estratégias e ferramentas para a sua organização e implementação na Atenção Básica.

Proposta pedagógica do curso

O **referencial teórico** do curso Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica leva em consideração os princípios da aprendizagem do adulto e toma a educação como uma forma de intervenção no mundo, pautada nos ideais filosóficos, no acesso democrático à informação e na inclusão social. Os conhecimentos são tratados como instrumentos para mudança da realidade, orientados para aplicação prática, no aprimoramento do indivíduo e incremento social e cultivo do desenvolvimento sustentável. Há um investimento no ensino pautado na teoria da problematização que leva o participante do curso a analisar e refletir sobre sua prática profissional, a partir de situações de aprendizagem contextualizadas e significativas, que favoreçam a reforma do pensamento, do comportamento, da atitude e que sobretudo aprimore as suas competências.

Fundamenta-se no construtivismo, com ênfase na participação ativa do estudante, instigando-o a experimentar e (re)construir o conhecimento, uma vez que ele é concebido como um sujeito do conhecimento ativo na ação com o objeto, mediado pelo meio cultural e social. Nessa perspectiva, estão presentes as quatro forças que moldam o desenvolvimento humano, segundo a concepção piagetiana: a equilíbrio, na qual são contrabalançados os desafios às capacidades dos alunos; a maturação, que otimiza as vivências educacionais, considerando as forças genéticas e o tempo de aprender de cada um; a experiência ativa, um ambiente rico em oportunidades práticas, que possibilita a interação com objetos e eventos na construção da representação mental do conhecimento; por fim, a interação social, que reflete a relação aluno-aluno e aluno-professor nos contextos educacionais¹.

A abordagem pedagógica cognitiva está baseada numa concepção autoinstrucional, que privilegia os princípios da autonomia do participante no processo de aprendizagem. O diferencial está no tratamento educacional (formas de abordagens) e na premissa de que o participante é responsável pelo seu próprio aprendizado (oferta de condições favoráveis), podendo buscar pelo conteúdo de acordo com seu interesse e necessidade profissional. Esses diferenciais estão presentes nas diversas instâncias do curso, desde o momento de recepção/acolhimento e durante toda vivência educacional e social a ser promovida por intermédio do desenho pedagógico do curso.

A **estrutura do Ambiente Virtual de Aprendizagem** propõe estratégias didático-pedagógicas de comunicação que organiza, fundamenta e harmoniza as informações e os conteúdos propostos nas Unidades de Aprendizagem de cada Módulo. Já o planejamento instrucional adotado permite a compreensão e a interação mais ativa do aluno, que pode organizar seu próprio ritmo de estudo, de acordo com os conteúdos e atividades. Nesse sentido, a abordagem instrucional adotada contribui para o desenvolvimento de estruturas conceituais e para a construção reflexiva e crítica do conhecimento, elementos presentes na aprendizagem significativa, conforme ilustrado na figura a seguir.

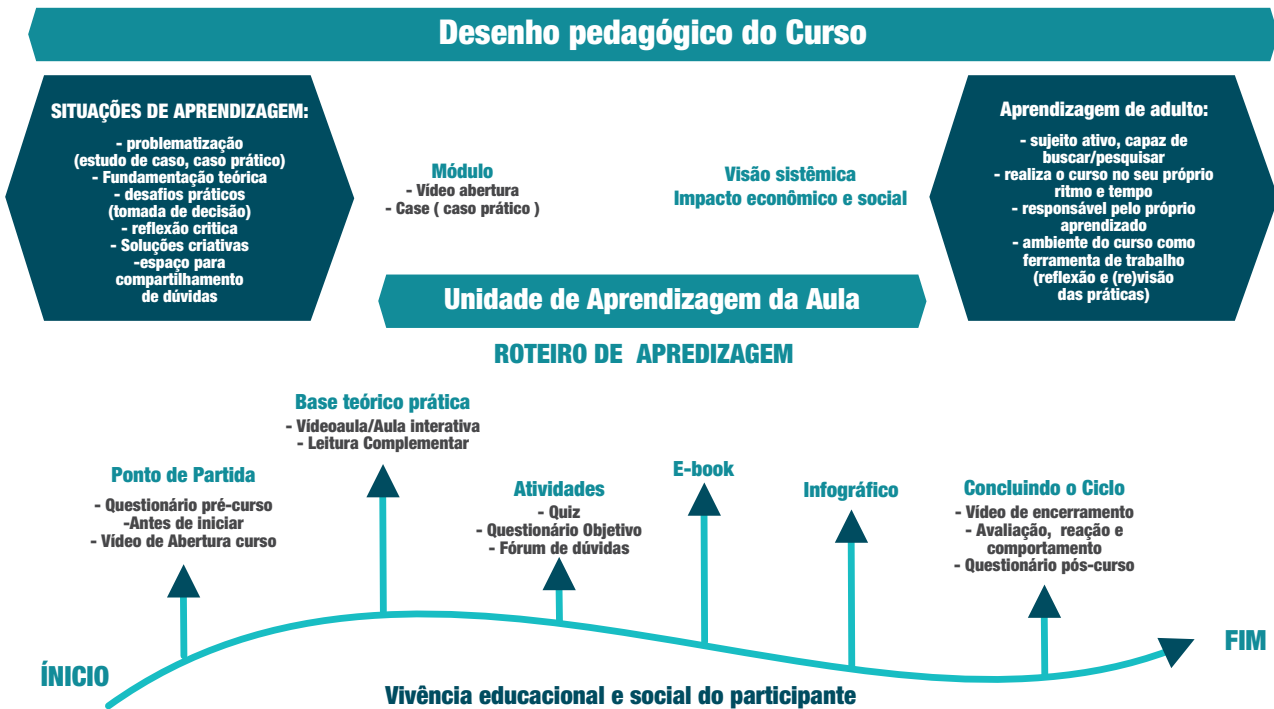
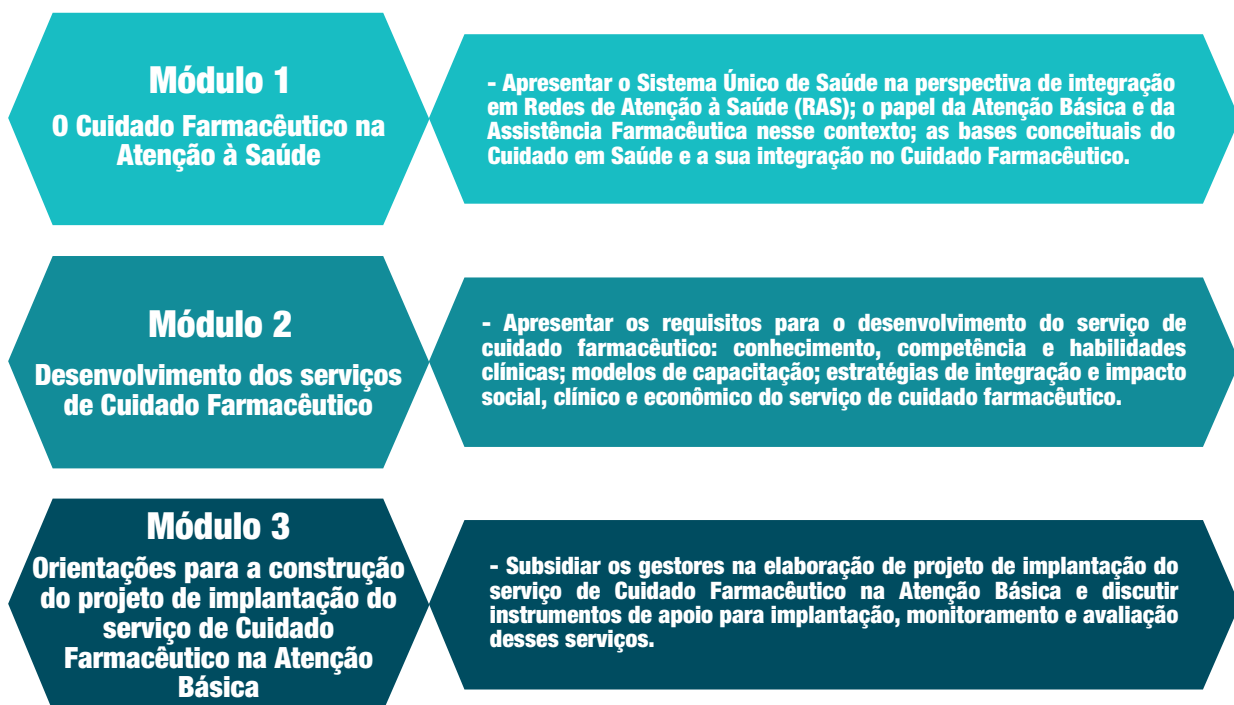


Figura 1. Desenho pedagógico do curso Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Projeto Atenção Básica PROADI-SUS
Fonte: elaboração própria.

Nessa perspectiva, o curso está estruturado em três Módulos, cada um composto por um conjunto de Unidades de Aprendizagem (aulas), em Ambiente Virtual de Aprendizagem, conforme descrição a seguir.



A Atenção Básica no Brasil

A abrangência do termo saúde tem colocado gestores, pesquisadores, trabalhadores e movimentos sociais a refletir sobre a abordagem ideal para a formulação e implementação de políticas públicas que deem conta das complexas necessidades de saúde dos cidadãos, não as apartando das questões sociais, evitando assim a fragmentação da vida e construção de atalhos contrários às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil².

O processo saúde-doença, assim como reconhecido na publicação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990³, envolve determinantes e condicionantes (território, trabalho, meio ambiente, cultura etc.) que expressam a organização social e econômica do país. Os serviços de saúde possuem um papel essencial no enfrentamento às grandes iniquidades socioeconômicas existentes, sendo, também, um determinante direto na melhoria do cuidado à saúde dos cidadãos⁴.

Para promover cuidado universal e integral à saúde de uma população, dada a complexidade dos fenômenos que o cercam, desde Alma-Ata (1978) até Astana (2018), nas Conferências Globais Sobre Atenção Primária em Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estratégia central para a sustentabilidade dos sistemas de saúde⁵.

Desse modo, assim como nos grandes países com sistemas universais (Inglaterra, Canadá, Austrália etc.), o SUS vem sendo aprimorado desde o início dos anos 1990, de modo a promover mudanças no modelo de atenção à saúde até então vigente no Brasil, organizando-se a partir da Atenção Primária em Saúde (APS), sobretudo orientado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), possibilitando ampliação da integralidade, equidade e efetividade no cuidado à saúde.

A APS, a partir de seus atributos essenciais, apresenta-se como porta de entrada no sistema de saúde, para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade); e, com o passar do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros⁴.

O debate sobre acesso tem avançado na perspectiva de abandonar a exclusividade do seu eixo “entrada” nos serviços, vencendo as barreiras geográfica (disponibilidade) e financeira (capacidade de pagamento), passando a explorar aspectos culturais, educacionais, socioeconômicos, incorporando o elemento aceitabilidade nas suas análises⁶.

Desse modo, a cada nova demanda de saúde de um usuário, para a promoção do acesso, uma porta de entrada, de primeiro contato, deve estar disponível nos serviços de saúde. No SUS, essa **porta de entrada** prioritária é a APS, devido à sua capilaridade, elevado potencial resolutivo e baixo custo.

O alcance da APS requer a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que uma população identifique como sua fonte de atenção por um determinado período, independentemente da presença ou ausência de problemas específicos. Da mesma forma, os prestadores de cuidado, dentro ou fora de seus estabelecimentos, devem reconhecer sua responsabilidade para com a saúde desses indivíduos, em uma relação **longitudinal**⁴.

A diversidade das necessidades que levam uma determinada população a procurar um serviço de saúde exige dos profissionais e dos serviços de APS uma grande variedade de recursos, sobretudo do

campo do conhecimento, para a oferta de **cuidado integral** em saúde. Mostra-se essencial, portanto, o discernimento, a partir da relação com um usuário e com o território, para angariar elementos passíveis de intervenção para resolução de situações que predisõem toda uma comunidade à doença, por estarem expostos às mesmas condições sociais, ambientais e ocupacionais⁴.

A **coordenação** refere-se a um estado de harmonia em uma ação ou esforço comum. Sem a coordenação, a longitudinalidade perderia muito do seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de porta de entrada da APS seria meramente administrativa e burocrática. Um pressuposto básico para a coordenação é a comunicação da APS com outros serviços, levando-se em conta que nem todas as necessidades dos usuários são atendidas nesse nível assistencial, devido aos diversos aspectos das demandas; assim, é favorecido que o usuário receba todo o cuidado de que necessita, de acordo com a sua história clínica⁴.

Além da coordenação, espera-se que a APS componha e ordene 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, busquem garantir a integralidade do cuidado⁷. Esses arranjos são concebidos como Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujo ordenamento pressupõe que o planejamento dos recursos financeiros, da educação permanente e das ações e serviços que as conformam seja programado e organizado levando-se em conta as necessidades de saúde da população, que, por sua vez, têm na APS seu local privilegiado de identificação, por meio da análise da demanda, do conhecimento do território, da comunidade, do vínculo e da relação longitudinal com a população⁸.

O alcance da integralidade na atenção à saúde ainda depende, sobremaneira, da organização da agenda e do processo de trabalho na APS, especialmente do ponto de vista das equipes multiprofissionais, reconhecendo as ações a serem desenvolvidas por núcleos profissionais específicos, conforme legislação vigente, mas sem abrir mão das atribuições comuns a todos os trabalhadores em atuação nos serviços, independentemente da categoria profissional.

A Política Nacional de Atenção Básica define o conjunto de ações que deve compor a agenda de todos os profissionais da APS, dando conta da maioria das necessidades do território, equilibrando ações individuais e compartilhadas, para a efetivação de seus atributos. Dentre os componentes essenciais dessa agenda, destacam-se:

- participar do processo de territorialização e diagnóstico do território de atuação da equipe: é importante conhecer os determinantes e condicionantes da saúde do território, se há população em situação de vulnerabilidade, locais cobertos pela ESF, territórios indígenas, áreas de fronteira, área com alto índice de criminalidade, riscos ambientais, áreas de difícil acesso, quais as atividades econômicas existentes, qual o perfil epidemiológico e sociodemográfico, quais as potencialidades e fragilidades.
- utilizar sistemas de informação para análise da situação de saúde: é com base nos dados dos sistemas de informação que é possível aprimorar o planejamento das ações e serviços de saúde, bem como subsidiar a tomada de decisões.
- realizar o cuidado integral à saúde no âmbito individual, familiar e de grupos sociais, por meio da educação, promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento a demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde.

- participar do acolhimento dos usuários, com classificação de risco, responsabilizando-se pelo vínculo e continuidade do cuidado. Um instrumento que auxilia na avaliação de risco de vulnerabilidade familiar, principalmente social, é a escala de Coelho e Savassi⁹, a qual se baseia em sentinelas de risco e devem ser avaliadas pelas equipes de saúde.
- responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo, no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, permitindo a longitudinalidade do cuidado.
- manter a coordenação do cuidado, mesmo quando há necessidade de atenção em outros pontos do sistema de saúde, participando da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos nas RAS.
- realizar a busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à APS, ampliando a resolubilidade e a longitudinalidade do cuidado pelas equipes.
- realizar visitas e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas, de acordo com o planejamento integrado da equipe: a visita domiciliar deve ser interpretada como um momento de oportunidade para a equipe de saúde. Por meio da imersão nos domicílios e nos diálogos com as famílias, é possível identificar possíveis situações que incorrem no processo de adoecimento que, por vezes, não são percebidos nas triagens e consultas.
- realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais, buscando incorporar práticas de educação permanente e continuada, vigilância, clínica ampliada e matriciamento do processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada, reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias)¹⁰.

Nesse contexto interdisciplinar é que o envolvimento dos profissionais no cuidado farmacêutico torna-se imprescindível, principalmente por uma maior apropriação e atuação focada no uso racional de medicamentos, buscando, assim, melhorar a adesão dos usuários e reduzir possíveis problemas relacionados aos medicamentos que possam surgir durante o tratamento.

Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde

A partir desses pressupostos, buscamos aproximar a Assistência Farmacêutica da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para isso, resgatamos e aprofundamos conceitos, definições e diretrizes dos Sistemas de Saúde e do SUS, da Atenção Básica e das Redes de Atenção à Saúde em uma perspectiva mais integradora com as Políticas Farmacêuticas.

Essas reflexões partiram de um resgate histórico das principais finalidades dessas políticas no Brasil, assim como da apresentação de algumas estratégias, programas e ações implementadas nos últimos anos no país, buscando apontar os avanços e desafios ainda presentes da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

A partir do entendimento de que a fragmentação dos sistemas de saúde provoca um carências estratégicas impactando na sustentabilidade e na rentabilidade social dos investimentos em saúde, procuramos aproximar os estudantes da discussão da Assistência Farmacêutica e dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica a partir de uma perspectiva mais integradora. É necessário que o usuário seja visto de forma transversal no Sistema de Saúde e, para isso, o medicamento deve ter sua gestão integrada entre os diferentes serviços e profissionais na rede. Assim, a partir desse entendimento, no processo de coordenação de cuidado e integração clínica, os serviços farmacêuticos são considerados essenciais e facilitadores na coordenação do cuidado.

O presente curso considera que:

- Os serviços farmacêuticos constituem-se no conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas), e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade. Esse conjunto de atividades compreende tanto atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio) quanto clínicas (atividades finalísticas) dirigidas a indivíduos, família e comunidades (p. 92)¹¹.

Considerando os atributos e diretrizes da RAS e da AB apresentados anteriormente, apresentamos a seguinte perspectiva: para que a assistência farmacêutica possa integrar a RAS de forma sistêmica, ela deve prestar **serviços farmacêuticos por meio das atividades técnico-gerenciais** (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos) **na função de apoio à rede** e, ofertar, nos diferentes pontos de atenção da RAS, o **cuidado farmacêutico**, nas dimensões clínico -assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, voltado aos indivíduos, família, comunidade e equipe de saúde.

Em resumo, em um determinado município, a assistência farmacêutica deveria integrar a rede de atenção como sistema de apoio para garantir o abastecimento dos medicamentos, nas diferentes unidades funcionais, e ofertar o cuidado farmacêutico nos pontos de atenção. Contudo, considera-se este um grande desafio e, ao mesmo tempo, uma oportunidade para avançarmos na maior integração entre os serviços e as práticas dos profissionais de saúde, ofertando um cuidado mais integral ao usuário do Sistema.

Serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

O Curso apresenta aos gestores dos municípios e dos serviços de Atenção Básica um conjunto de instrumentos que visam subsidiar a elaboração de projeto de implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

Além disso, são apresentados e discutidos os conceitos de gestão em saúde, o diagnóstico situacional, as etapas de elaboração de um projeto de implantação, os instrumentos e procedimentos para o suporte durante a implantação e até indicadores qualitativos e quantitativos que permitam monitorar os resultados do serviço de cuidado farmacêutico.

Destaca-se que a Assistência Farmacêutica integra uma política fundamental e envolve aporte considerável de recursos financeiros, tecnológicos e humanos, exigindo, para executá-la, esforço e cooperação de todas as esferas gestoras. Esse esforço perpassa a superação dos desafios enfrentados na tentativa de garantir o acesso oportuno e qualificado aos medicamentos e serviços, pois entende-se que a Assistência Farmacêutica não se trata apenas da entrega de medicamentos, mas, sim, de uma política que deve estar articulada e integrada com as demais políticas de saúde, em especial com as diretrizes da Atenção Básica nos territórios.

A proposta que ora apresentamos faz-se necessária para que a equipe de Atenção Básica se qualifique para a orientação sobre o uso adequado e racional dos medicamentos, uma vez que dos cidadãos e cidadãs ainda sentem uma grande dificuldade de fazer o uso correto dos medicamentos. Por isso os serviços farmacêuticos além de serem considerados uma necessidade para o SUS, é também uma demanda da sociedade brasileira.

Considerando a nova diretriz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que define as responsabilidades comuns a todas as esferas de governo entre elas:

- Desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a [Relação Nacional de Medicamentos Essenciais] RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado 10.

E para que os objetivos apresentados neste curso sejam alcançados, **é necessário envolver e aproximar os secretários municipais de saúde, gestores e trabalhadores, no âmbito da Atenção Básica, a novas iniciativas relacionadas à gestão, à organização dos processos logísticos relacionados ao medicamento e ao aperfeiçoamento das práticas relacionadas ao Cuidado Farmacêutico.**

Nossa expectativa é que, ao final desse curso, os gestores e trabalhadores da Atenção Básica compreendam os aspectos conceituais e operacionais da Gestão do Cuidado Farmacêutico e possam, juntamente com a equipe de saúde, organizar as etapas necessárias para a implantação desse serviço e/ou sua ampliação na Atenção Básica.

Referências

1. LeFrançois G. R. Teorias da Aprendizagem, São Paulo: Cengage: 2008.
2. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(112):63-76.
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 20 set. 1990 [acesso em 23 maio 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
4. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
5. World Health Organization (WHO). Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Casaquistão, 26 out. 2018. [acesso em 23 maio 2019]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(supl. 2):S190-S198.
7. Brasil. 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*, 31 dez. 2010 [acesso em 22 maio 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
8. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014;51:14-29.
9. Coelho FLG, Savassi, LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2004;1(2):19-26.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 31 de maio de 2019.
11. Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos Serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de Saúde. Curso Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Módulo I – O Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde. E-book [PDF]. São Paulo: HAOC; 2019.

Apresentação do projeto

A qualificação da Atenção Básica (AB) no país, entre outras finalidades, deve atender aos requisitos de assumir o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de reforçar os princípios que norteiam a AB: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social, sendo desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e proximidade com a vida das pessoas.

Em vista da necessidade de desenvolvimento de iniciativas que favoreçam o fortalecimento da Atenção Básica, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), elaboraram e estão desenvolvendo conjuntamente o Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde, a partir de sua publicação em setembro de 2018, para execução durante o triênio 2018-2020.

O objetivo geral do projeto é fortalecer a Atenção Básica por meio da capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde.

Para atingir esse objetivo, um conjunto diversificado de iniciativas e estratégias foram planejadas e serão desenvolvidas durante o triênio, entre as quais destaca-se a realização de quatro cursos na modalidade a distância, totalizando 18.600 vagas para gestores e profissionais que atuam na Atenção Básica nos municípios brasileiros, tais como gestores municipais de saúde, gestores da Atenção Básica e Assistência Farmacêutica, gerentes de Unidades Básicas de Saúde, farmacêuticos e profissionais de nível técnico e superior, além da formação de moderadores e tutores para contribuir para o processo de aprendizagem durante os cursos. No final do projeto, alguns municípios serão apoiados localmente no processo de implantação do Cuidado Farmacêutico, sendo esta uma das iniciativas consideradas inovadoras e impactantes do projeto.

O presente curso Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, na modalidade a distância e autoinstrucional, tem por objetivo instrumentalizar e capacitar gestores e profissionais na gestão do Cuidado Farmacêutico dos municípios, com o intuito de criar condições necessárias para implantação e desenvolvimento desse serviço na Atenção Básica, tendo como público gestores e profissionais de saúde da Atenção Básica do SUS.

Pretende-se, com esse curso, proporcionar aos gestores e profissionais de saúde conhecimentos e diretrizes que possibilitem o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico, assim como, propor estratégias para a sua organização e implementação na Atenção Básica.

Para isso, a abordagem, o desenho e as estratégias pedagógicas construídas neste curso, aliadas à definição da estrutura curricular diversificada, busca trazer conceitos, conteúdos e diferentes experiências práticas da gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica nos municípios brasileiros. Além disso, procura fornecer novas possibilidades de ensino-aprendizagem, respeitando a vivência de gestores e profissionais no SUS.

O curso está estruturado em três módulos e é composto por 14 unidades de aprendizagem (aulas), que serão disponibilizadas ao participante no seu primeiro acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem, com carga horária total de 30 horas.

No **Módulo 1** será abordado o Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde, a partir do entendimento do Sistema Único de Saúde na perspectiva de integração em Redes de Atenção à Saúde, do papel da Atenção Básica e da Assistência Farmacêutica nesse contexto, das bases conceituais do Cuidado em Saúde e da sua integração com o Cuidado Farmacêutico.

No **Módulo 2** será discutido o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, seus requisitos, modelos de capacitação, estratégias de integração e impacto social, clínico e econômico. E no **Módulo 3**, serão destacadas orientações para a construção do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico e apresentados instrumentos de apoio para implantação, monitoramento e avaliação desses serviços.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz espera que esse projeto possa contribuir para fortalecer a Atenção Básica no SUS, por meio da atuação integrada dos profissionais no território e da promoção de mudanças no processo de trabalho do farmacêutico e na sua integração na equipe de saúde, proporcionando a melhoria da qualidade da assistência e do cuidado ao usuário.

O seu compromisso será fundamental para o sucesso desse projeto e, dessa forma, contamos com cada um de vocês na construção desse caminho.

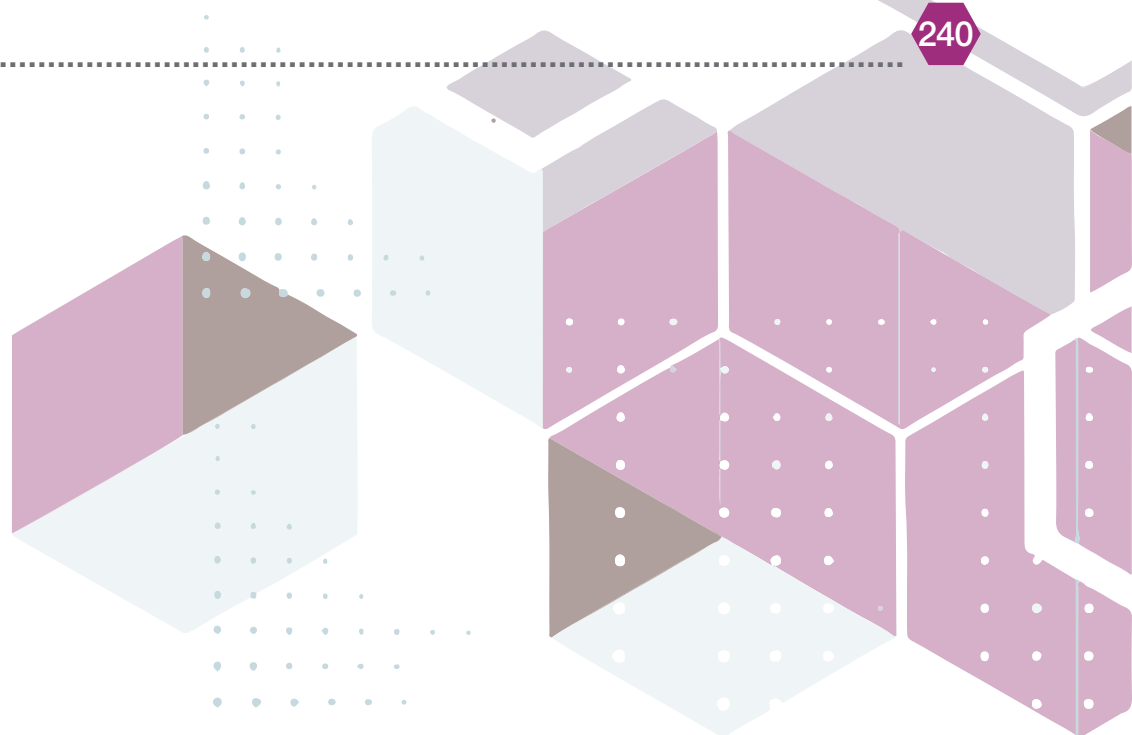
**Coordenação Técnica do Curso
Hospital Alemão Oswaldo Cruz**



Sumário

Aula 1 – Os Desafios do SUS e a perspectiva da integração em Redes de Atenção à Saúde	23
Síntese da aula	42
Aula 2 – Atenção Básica como Coordenadora do Cuidado e Ordenadora das Ações e Serviços de Saúde	44
Síntese da aula	57
Aula 3 – Cuidado em Saúde Centrado na Pessoa	59
Síntese da aula	90
Aula 4 – Integração Sistêmica da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde	94
Síntese da aula	123
Aula 5 – O Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção à Saúde	130
Síntese da aula	147

Aula 6 – Impacto humanístico, clínico e econômico do serviço de Cuidado Farmacêutico	159
Síntese da aula	170
Aula 7 – Noções de competências clínicas para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico	172
Síntese da aula	202
Aula 8 – Capacitação em serviço para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico	207
Síntese da aula	219
Aula 9 – Estratégias de integração do serviço de Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde e das práticas profissionais no atendimento clínico	222
Síntese da aula	240



Aula 10 – Gerenciamento do serviço de Cuidado Farmacêutico	251
Síntese da aula	273
Aula 11 – Diagnóstico situacional dos serviços farmacêuticos	279
Síntese da aula	305
Aula 12 – Elaboração de um projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico	310
Síntese da aula	323
Aula 13 – Instrumentos e procedimentos de apoio para implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico	327
Síntese da aula	356
Aula 14 – Monitoramento e avaliação do serviço de Cuidado Farmacêutico	359
Síntese da aula	378





Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

Módulo I – O Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde

MI

Apresentação do módulo 1

Olá! O **Módulo 1** do projeto Atenção Básica tem como escopo de apresentar o Sistema Único de Saúde na perspectiva de integração em redes de atenção à saúde; o papel da Atenção Básica e da Assistência Farmacêutica nesse contexto; as bases conceituais do Cuidado em Saúde e a sua integração do Cuidado Farmacêutico.

A **Aula 1** versará sobre os determinantes sociais de saúde; o atual quadro de necessidades da população brasileira; os princípios, diretrizes e processos organizacionais do SUS; os avanços e desafios do SUS e os conceitos, fundamentos e atributos da Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva da integração no Sistema. Ao final dessa aula, esperamos que você possa refletir sobre a organização do Sistema Único de Saúde frente às necessidades e demandas sociais na perspectiva de integração em Redes de Atenção à Saúde.

Chegando na **Aula 2**, você conhecerá um pouco mais sobre os princípios e diretrizes da Atenção Básica com ênfase no papel de coordenadora das ações e serviços de saúde e apresenta os conceitos, mecanismos e instrumentos de coordenação do cuidado. Com isso, você poderá compreender a Atenção Básica como ordenadora das ações e serviços de saúde e coordenadora do cuidado em rede e a inserção dos serviços farmacêuticos.

Seguindo nos estudos, temos a **Aula 3**. Essa aula aborda o Método Clínico Centrado na Pessoa, a diferença entre as evidências em saúde orientadas para doenças e as que importam para a pessoa doente e, por fim, a prevenção quaternária. Ao final dos estudos, você irá compreender os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa; reconhecer que as evidências e os resultados a serem alcançados com os Cuidados em Saúde devem se pautar no que importa para a pessoa que está doente; e entender o conceito e a aplicabilidade da prevenção quaternária.

Na **Aula 4**, seguiremos com os estudos abordando o histórico, avanços e desafios das Políticas Farmacêuticas no Brasil, suas finalidades e diretrizes e as perspectivas da integração sistêmica da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde. Assim, ao concluí-la, você conseguirá compreender a Assistência Farmacêutica na perspectiva de integração na Rede de Atenção à Saúde.

Por fim, a **Aula 5** irá abordar a evolução do Cuidado Farmacêutico e sua correlação com a Atenção Básica e a experiência do Cuidado Farmacêutico em outros países. Feito isso, esperamos que você esteja apto a compreender o papel do Cuidado Farmacêutico frente às morbidades associadas aos medicamentos, o seu desenvolvimento histórico e o Cuidado Farmacêutico em outros países.

Desejamos a você ótimos estudos!

Aula 1 - Os Desafios do SUS e a perspectiva da integração em Redes de Atenção à Saúde

Jardel Corrêa de Oliveira
Matheus Pacheco de Andrade

Ementa da aula

Esta aula aborda os determinantes sociais de saúde; o atual quadro de necessidades da população brasileira; os princípios, diretrizes e processos organizacionais do SUS; os avanços e desafios do SUS e os conceitos, fundamentos e atributos da Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva da integração no Sistema.



Objetivo de aprendizagem

Refletir sobre a organização do Sistema Único de Saúde frente às necessidades e demandas sociais na perspectiva de integração em Redes de Atenção à Saúde.



Introdução

Conceito de saúde

Os conceitos de saúde e doença foram historicamente difíceis de consolidar, sendo dependentes das pressões culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas a que as populações que os tentaram definir estavam sujeitas. É no ambiente político internacional do período após a Segunda Guerra Mundial que surge alguma tentativa de consenso de caráter global que buscasse uma conceituação mais bem delimitada e universalmente aceita do que é essa tal “saúde”.

“No dia 7 de abril de 1948, entra em vigor a Constituição da Organização Mundial de Saúde, assinada em 1946 por 61 países membros da entidade. Esse documento define a saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de enfermidade ou doença.” Afirma ainda que: “Governos têm a responsabilidade pela saúde de seus povos, que pode apenas ser alcançada pelo provimento de medidas adequadas sociais e de saúde”¹ (pág. 1 tradução livre).

Em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na cidade soviética de Alma-Ata, reiterou os princípios gerais da Constituição da OMS e avançou, afirmando o objetivo de cobertura universal por arranjos de saúde pública até o ano 2000 e a necessidade de reforçar os sistemas de Atenção Primária à Saúde para atingir tais objetivos. Ainda, afirmou que um estado de plena cobertura populacional de saúde só deve ser atingido por medidas profundas que permitam o desenvolvimento econômico e social de todos os povos, clamando a uma colaboração internacional para esse fim².

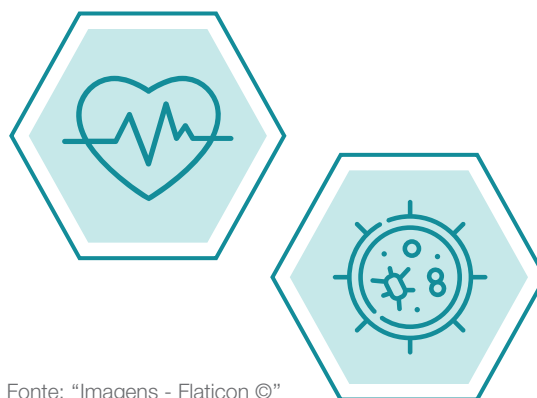


Fonte: “Imagens - Freepik ©”

“[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. [Sendo] antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”^{3 (p. 4)}

De maneira semelhante, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) conceituou saúde como Esse conceito adicionou os princípios da reforma sanitária brasileira e da luta pela redemocratização ao conceito ampliado proposto pela OMS.

De toda forma, parece ser consenso que “saúde” e “doença” não acatam um conceito pétreo, são interdependentes e formados por aspectos culturais, sociais e econômicos. E é justamente essa dimensão conceitualmente fluida que reforça a importância de se trabalhar temas de “saúde” de uma maneira ampla e menos direcionada a condições e doenças específicas.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Os determinantes sociais da saúde

A Declaração de Alma-Ata cita medidas que visam modificar o comportamento de fatores influenciadores do estado de saúde de indivíduos e populações, chamados de Determinantes Sociais da Saúde, definidos pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) como

“[...] os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”^{4 (p. 78)}

As relações entre os citados fatores e o estado de saúde dos indivíduos de uma população são analisadas por diversos modelos, os quais permitem então identificar pontos para intervenções políticas que visem influenciar esse sistema complexo.

Tentando sistematizar as diversas correlações entre o indivíduo e o mundo que o rodeia e influenciar seu estado de saúde, Dahlgren e Whitehead⁵ propuseram um diagrama com o indivíduo e seus fatores demográficos (idade, sexo, fatores hereditários) no centro, circundado por camadas de fatores modificáveis por políticas, tendo sua distância do centro inversamente proporcional à capacidade de modificação por intervenção individual.



Figura 1. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead
Fonte: Mendes⁶ (p. 248).

Esse modelo é adotado pela CNDSS para demonstração gráfica da trama de relações entre os diversos níveis de determinantes sociais e a situação de saúde.

Entendendo que as iniquidades socioeconômicas são fatores determinantes no estado de saúde de uma população, não somente na disponibilidade de serviços, pode-se compreender que tratar das iniquidades do ponto de vista de propor políticas de saúde equitativas é, embora importante no planejamento do provimento de serviços de saúde, somente uma face de uma necessidade muito maior, que é intervir nas iniquidades sociais como política transversal de estado de modo a influenciar o comportamento das condições globais de saúde.

EXEMPLO

Um exemplo desse conceito é o Coeficiente de Mortalidade Infantil, em que tanto os fatores socioeconômicos quanto os demográficos e de atenção à saúde contribuem para seu declínio, sendo impossível apontar com exatidão o grau de influência de cada um.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

O profundo declínio dos estados do bloco soviético e as transformações político-econômicas de caráter liberal dos países em desenvolvimento, ocorridos na segunda metade da década de 1980, trouxeram, no entanto, uma diminuição na capacidade e alinhamento ideológico dos governos nacionais de intervirem nos arranjos econômicos internos dos países em um sentido da diminuição das desigualdades socioeconômicas.

Tradicionalmente, de maneira oposta à necessidade explicitada pela Declaração de Alma-Ata, os sistemas de saúde de países em desenvolvimento tendem a ser menos elaborados e organizados do que os de países desenvolvidos, que costumam ser pautados em sistemas nacionais sustentados por justificativas de direitos humanos e de ordem econômica, posto que a lógica de mercado costuma ser detrimental à organização de sistemas de saúde.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

No Brasil, porém, os movimentos pela democratização durante a ditadura se mesclaram com os movimentos de rediscussão dos modelos assistenciais brasileiros durante a reforma sanitária. Tais movimentos culminam com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e a Constituição Brasileira de 1988, que afirma que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"⁷ (p. 118-9).

O Sistema Único de Saúde (SUS)

O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde³ clama pela reformulação do Sistema Nacional de Saúde, incluindo recomendações explícitas à Assembleia Nacional Constituinte, que se formaria no ano seguinte para a elaboração da nova Constituição brasileira para o período de redemocratização, incluindo a nomenclatura do Sistema Único de Saúde, como um arcabouço institucional que concretizaria uma ampla reforma sanitária.

Em 1988 é aprovada a nova Constituição da República Federativa do Brasil, que propõe que: "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]"⁷ (p. 119), com as diretrizes de descentralização, integralidade e participação comunitária.

“ Em 1990, a Lei nº 8.0808 regulamenta a organização do Sistema Único de Saúde e propõe as diretrizes organizacionais (regionalização, hierarquização, descentralização e participação social) e os princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade) do sistema. ”

Resultados

As diretrizes organizacionais propostas para o SUS são, segundo o Ministério da Saúde são:



Regionalização e Hierarquização

Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado do mesmo [sic]. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.



Descentralização e Comando Único

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, em que cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.



Participação Popular

A sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isso, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde⁹.



Quanto aos princípios doutrinários do SUS, o Ministério da Saúde define:



Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.



Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde há maior necessidade.



Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos⁹.

Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Mais tarde, os Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, definem as Comissões Tripartite (nacionalmente) e Bipartite (no escopo estadual) como fóruns privilegiados na gestão do sistema.

Em 2011, o Decreto nº 7.50810 propõe a definição de regiões de saúde, as portas de entrada do sistema, a construção de redes de atenção à saúde com a Atenção Primária como ordenadora e os Contratos Organizativos da Ação Pública como regentes do relacionamento entre os três entes federativos, explicitando responsabilidades, indicadores, metas e mecanismos de financiamento.

Dos diversos instrumentos posteriores que emendaram a proposta inicial de organização, culminou a estrutura política esquematizada na Figura 2.

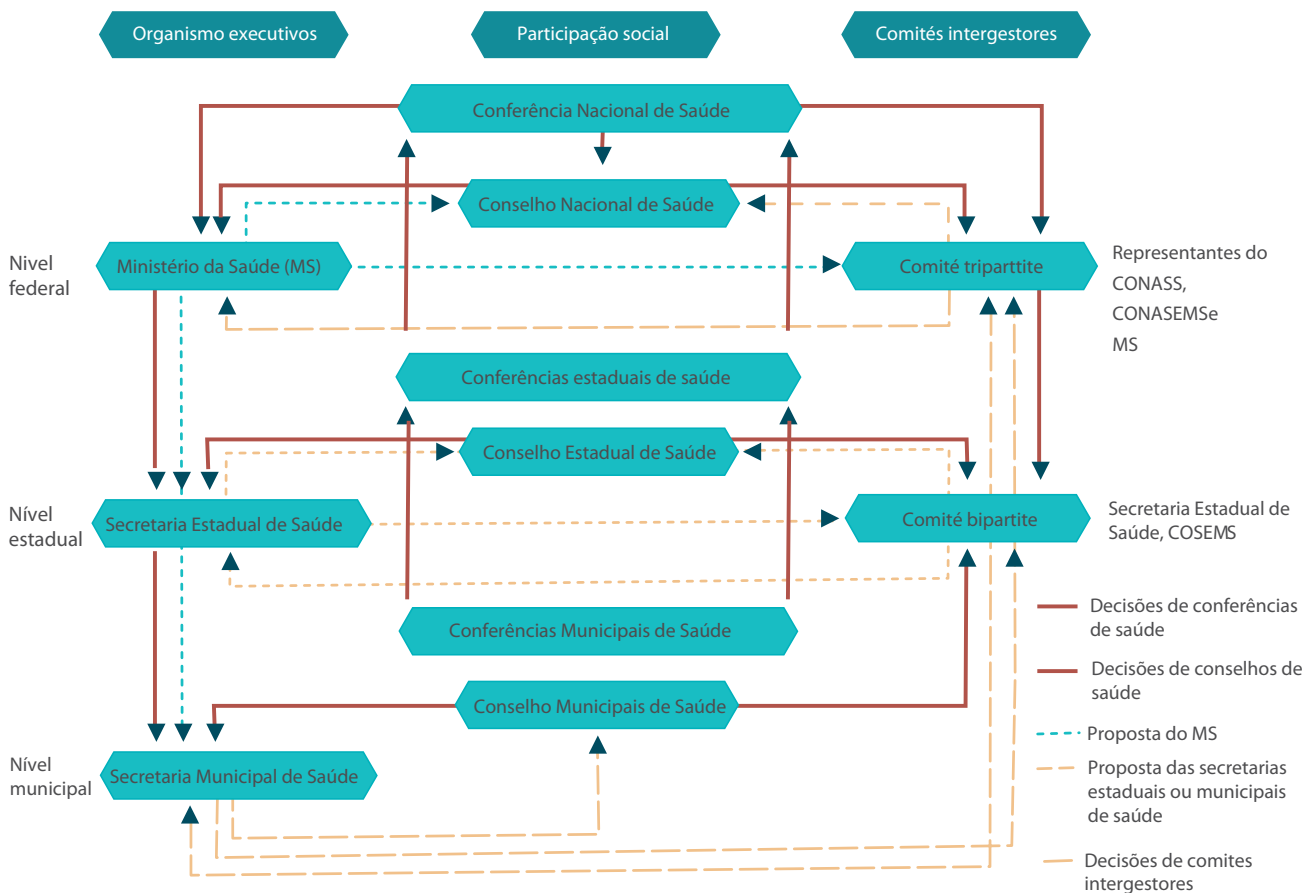


Figura 2. A atual estrutura política gestora do SUS
Fonte: Duncan¹¹ (p. 13).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Na organização inicial do SUS, os serviços de saúde foram acomodados em níveis de atenção que se propunham a evoluir de acordo com a complexidade do cuidado ofertado (atenção primária, secundária e terciária). Essa visão se mostrou uma facilitadora de fragmentação, baseada em concepções incorretas de complexidade, que causa uma banalização da Atenção Primária à Saúde (APS) e uma sobrevalorização simbólica, material e mesmo organizacional das práticas dos níveis secundário e terciário.

Do contrário, a organização em níveis de densidade tecnológica deve ser acompanhada de movimentos deliberados de integração, de maneira a superar a fragmentação e o isolamento que pode acontecer entre serviços que, se compartilham clientela e objetivos macro, tendem a ser disparates no escopo e formato da oferta.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Somadas às condições conjunturais, as transições epidemiológicas e demográficas ocorridas nas três últimas décadas transformaram as pressões de demanda sobre os serviços de saúde. Não em substituição, mas em adição às condições agudas e relacionadas à deficiência nutricional, as demandas relacionadas às condições crônicas e às causas externas e violentas criaram uma situação de “tripla carga de doenças”. Esse novo cenário se manifesta como crise nos sistemas de provimento de serviços de saúde e exige uma reviravolta no modo de pensá-los, posto que a fragmentação vocacional de serviços já não se presta mais a dar conta da realidade das necessidades da população.

Em realidade, a proposta de sistemas complexos integrando informação e planejamento, coordenando padrões de oferta e racionalizando disponibilidade espacial com objetivo de otimização de escala, disponibilidade de recursos e integração de ações, não é nova, tendo o marco inicial no relatório Dawson, publicado em 1920 no Reino Unido. Segundo Mendes, essa mudança exige repensar toda a organização do sistema do provimento de serviços de saúde:

“[...] por meio de alguns grandes movimentos: da decisão baseada em opinião para a decisão baseada em evidência; dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, voltadas para atenção às condições agudas e crônicas; da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, a gestão da clínica; de uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde estabelecidas, através de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde que atue harmonicamente sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas; e do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento baseado na geração de valor para as pessoas^{6 (p. 17)}.”

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) se apresentam como arranjos com o potencial de alavancar os recursos já existentes e otimizar o desenvolvimento de novos recursos e são definidas por Mendes¹² como:

“[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população^{12 (p. 2300)}.”

Essas RAS são constituídas por três elementos: a **população** - razão de ser e alvo de todos os esforços do sistema; a **estrutura operacional** - o elemento tangível e atuante do sistema; e o **modelo de atenção à saúde** - a codificação das interrelações entre os elementos operacionais e entre estes e a população.

O arranjo dos serviços nos modelos tradicionais de estrutura hierárquica tende a se fragilizar por disposição subótima da demanda por desqualificação, provimento dispendioso de cuidado por fragilidades nos fluxos de informação e compartilhamento de responsabilidades e descontentamento do usuário por inadequações do trajeto proposto e pela própria percepção (não necessariamente equivocada) da ineficiência do sistema.

Os arranjos de rede buscam corresponsabilizar os nós de provimento, qualificar os movimentos de complexificação da oferta e aproximar o cuidado do usuário, na busca de melhorar a correlação entre o dispêndio orçamentário e os resultados sistêmicos obtidos. Essas diferenças podem ser visualizadas de maneira simplificada na Figura 3.

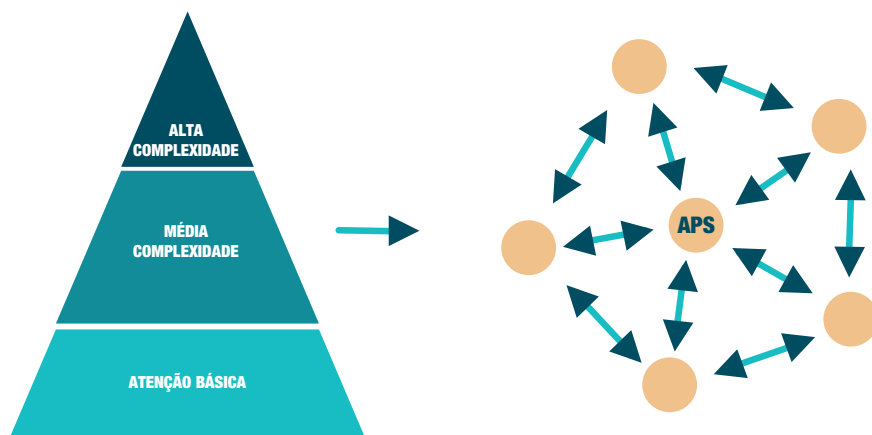


Figura 3. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde
Fonte: Mendes⁶ (p. 84).



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Em 30 de dezembro de 2010, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. O anexo do referido documento descreve um diagnóstico situacional que envolve:

- BB (1) lacunas assistenciais importantes;*
- (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;*
- (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;*
- (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública;*
- (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e*
- (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS)^{13 (on-line)}. DD*

Esse diagnóstico ainda se apresenta relevante e preciso, mesmo oito anos após a sua publicação.

Ainda que não proponha diretrizes duras para o estabelecimento factual das RAS, a Portaria avança ao trazer fundamentos de Economia de Escala, efetivação da Regionalização e Integração horizontal (entre serviços de natureza semelhante) e vertical (entre níveis de atenção), além de estabelecer os mecanismos de Gestão da Clínica (ou “microgestão dos serviços”, termo que é utilizado como sinônimo) – diretrizes clínicas incorporando as melhores evidências, linhas de cuidado, gestão do caso, gestão da condição, ações de vigilância, auditoria e gestão da lista de espera como elementos práticos para a implantação dessas redes.

Um exemplo de RAS: pessoas vivendo com HIV e Aids

O modelo assistencial para as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) pode demonstrar as diferenças entre um sistema de modelo hierarquizado (SMH) e um modelo em rede (SMRAS).

Num SMH típico, todas as PVHA seriam encaminhadas ao ambulatório especializado, que passaria a assumir isoladamente o cuidado de uma condição crônica descontextualizada das outras condições de saúde do indivíduo. Esse arranjo implica que todo o cuidado referente ao HIV/AIDS se concentra em um ponto assistencial, que sem a capacidade de compartilhar a demanda com outros nós de uma rede, acaba por acumular sobrecarga ao longo do tempo.

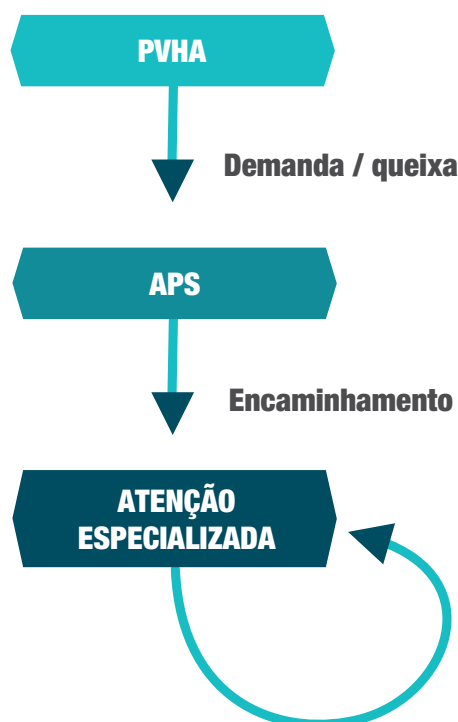


Figura 4. O arranjo hierárquico no atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, que impossibilita o balanço da carga entre os nós do sistema / Fonte: Elaboração própria.

Num SMRAS, cada ponto da rede reconhece seu potencial de resolutividade e compartilha com os outros nós a capacidade de absorção da demanda. O ambulatório especializado fica, pois, responsável pela parcela de usuários que ultrapassam a capacidade tecnológica da Atenção Primária, além de que há uma troca contínua de demanda entre os nós assistenciais (em que situações de agudização e complicação podem escalar para a especialidade e as situações de estabilização devem de-escalar para a APS).

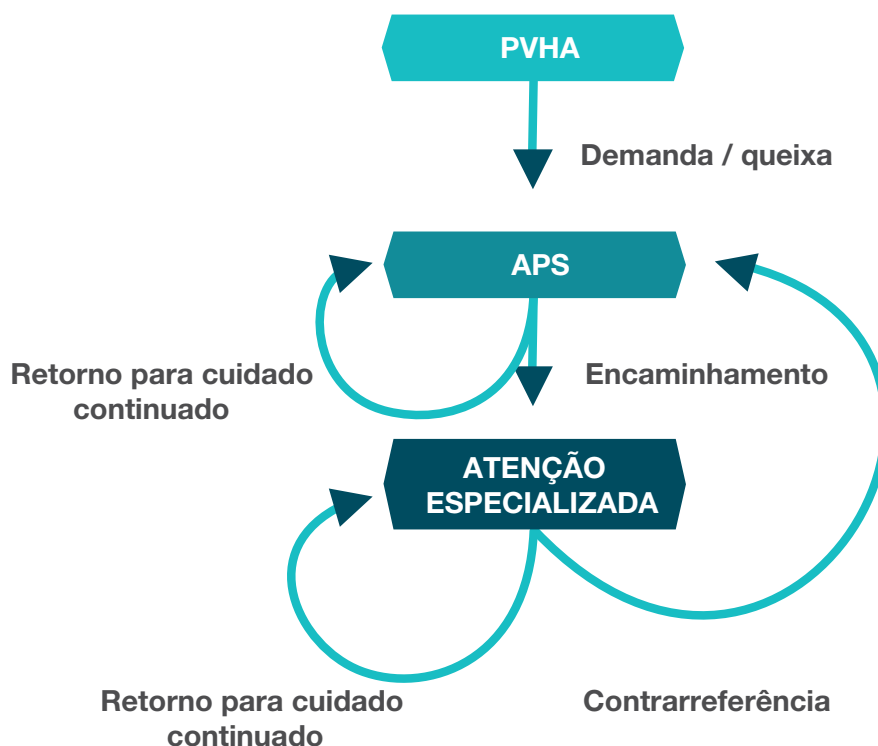
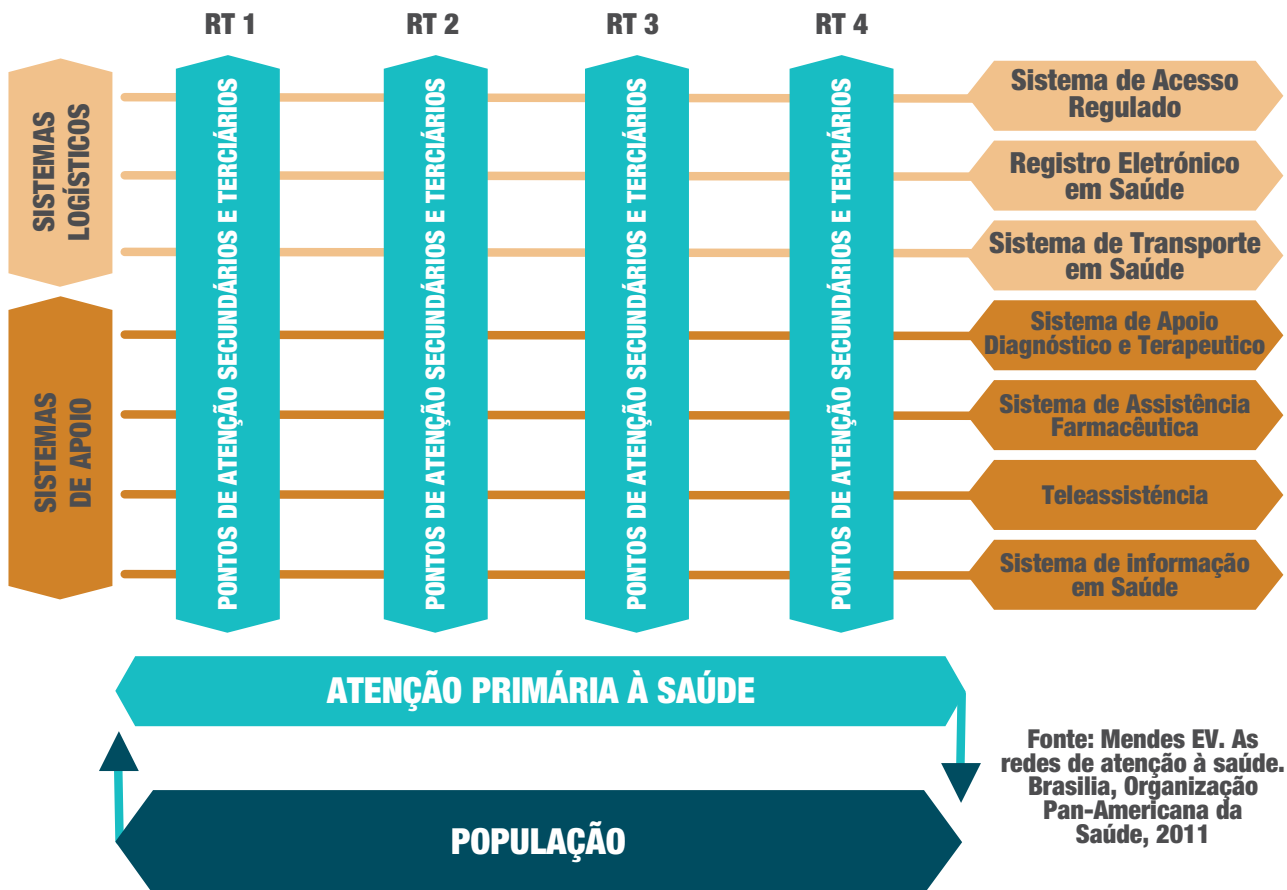


Figura 5. O arranjo em rede no atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, com uma melhora da distribuição da carga de demanda pelos nós do sistema / Fonte: Elaboração própria.

Florianópolis, em Santa Catarina, tinha um sistema de modelo hierarquizado, em que todas as pessoas com HIV ou AIDS eram referenciadas para os ambulatórios de especialidades ou hospitais de referência. Com o número crescente de casos diagnosticados e a recomendação atual de realizar tratamento de todas as pessoas que possuem o vírus, os ambulatórios de referência não conseguiam mais garantir o retorno em tempo hábil.

A situação se agravava quando ocorria exoneração de profissionais infectologistas ou afastamento de algum deles por motivo de doença. Com isso, algumas pessoas acabavam procurando a Atenção Primária à Saúde no intuito de tentar renovar suas prescrições de antirretrovirais. Embora as equipes de saúde da família conhecessem boa parte das pessoas com HIV ou AIDS que viviam no seu território, não realizavam seu acompanhamento clínico quanto à infecção pelo vírus, mas cuidavam de seus outros problemas de saúde, fragmentando o cuidado.

Diante dessa necessidade, a gestão propôs, em discussão com os profissionais de saúde, uma mudança para um modelo de rede de atenção à saúde, com uma estrutura operacional semelhante à descrita por Mendes⁶, em 2011 (Figura 6). Os profissionais foram sendo capacitados para realizar a gestão do cuidado das pessoas que viviam com HIV ou AIDS. Algumas equipes começaram a atender as pessoas de seu território num projeto piloto, que depois se expandiu gradualmente para todos os pontos de atenção da APS.



Fonte: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

Figura 6. A estrutura operacional das redes de atenção à saúde
Fonte: Mendes⁶ (p. 86).

Atualmente, as pessoas recém diagnosticadas com HIV que não possuem comorbidades, sinais e sintomas de imunodeficiência ou contraindicação ao esquema de tratamento de primeira linha iniciam seu tratamento e fazem acompanhamento com as equipes de APS. As demais, assim como aquelas que já estavam em tratamento que não o de primeira linha, possivelmente por efeitos adversos ou falha terapêutica, são acompanhadas no ambulatório de especialidades. Aquelas que estavam em acompanhamento com infectologista, utilizando o esquema inicial, e que se encontram com o vírus controlado, ou seja, com a carga viral indetectável, são redirecionadas para a equipe de APS responsável por seu cuidado para seguimento. Caso alguma dessas pessoas em seguimento na APS apresente complicações, comorbidades, efeitos adversos ou falha terapêutica, ela é encaminhada para avaliação no ambulatório especializado. Com isso, se define o arranjo descrito na Figura 5.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

As equipes da APS passaram a ter a relação de pessoas vivendo com HIV e AIDS de seus territórios de abrangência e a monitorar seus cuidados, mesmo que elas estejam em acompanhamento no ambulatório de especialidade. Assim, por vezes, solicitam exames de rotina para controle da infecção e de possíveis efeitos adversos do tratamento para que levem à consulta subsequente com o infectologista.

Para permitir um cuidado adequado, de acordo com os protocolos vigentes e as atuais evidências em saúde, foram ofertados cursos de capacitação para os profissionais das equipes de APS e amplamente divulgados os protocolos do Ministério da Saúde, disponíveis em aplicativos para celulares e num conjunto de arquivos que a gestão municipal organiza para apoiar a gestão clínica das unidades básicas de saúde, além de incluir e atualizar periodicamente as principais recomendações no protocolo próprio do município. Além disso, foi criado um grupo de WhatsApp para discussão de dúvidas e de casos clínicos, que envolve os profissionais das equipes de saúde da APS, um infectologista de referência, profissionais da gestão que atuam na revisão dos protocolos e no apoio à gestão da clínica, profissionais do laboratório municipal que realiza os exames sorológicos para doenças infecciosas, farmacêuticos das unidades de referência que dispensam os medicamentos antirretrovirais e técnicos da Vigilância Epidemiológica. Tais discussões são realizadas com o cuidado de preservar o sigilo, sem citar o nome das pessoas, e permitem agilidade na orientação quanto aos cuidados clínicos e ao Fluxo de acesso aos exames, medicamentos e cuidados em diferentes pontos de atenção à saúde da rede. Foi disponibilizado aos profissionais da APS acesso ao sistema on-line, que é realizado por meio de senha pessoal, para verificar os resultados de exames de CD4 e de carga viral e o histórico de retirada de antirretrovirais. Quando surge alguma dúvida quanto aos medicamentos em uso, ou mesmo alguma dificuldade de acesso ao sistema, os farmacêuticos que atuam no ponto de atenção responsável pela dispensação dos antirretrovirais conseguem responder de maneira ágil o profissional da APS ou outro que esteja em ponto distinto da rede de atenção à saúde. Eles conseguem informar quais medicamentos estão sendo utilizados, se houve alguma mudança no esquema terapêutico e às vezes até prestam orientações quanto a possíveis efeitos adversos, interações farmacológicas, ajustes de dose devido à insuficiência renal, ou recomendações recentes de mudança de esquema terapêutico atualizadas nos protocolos ou em portarias do Ministério da Saúde. Tais informações também são repassadas por profissionais de apoio, como da Vigilância Epidemiológica e da gestão. A vigilância orienta ainda em relação às questões referentes à notificação e investigação dos casos.

As unidades de saúde, os ambulatórios de especialidade existentes nas policlínicas do município, as unidades diagnósticas e de dispensação de medicamentos, a Vigilância Epidemiológica e a gestão também são integradas por meio de um prontuário eletrônico único. Através dele, os profissionais conseguem visualizar os atendimentos realizados em diferentes pontos de atenção das RAS. O sistema permite identificar outros problemas de saúde que a pessoa com HIV ou AIDS possui, quais outros medicamentos utiliza e quais exames tem realizado. Com isso pode-se evitar a solicitação duplicada de exames e realizar o pedido oportuno quando se visualiza que está na época de a pessoa realizar seus exames de rotina. Também permite checar a prescrição e verificar a adesão aos tratamentos.

“Quando uma pessoa precisa ser encaminhada para o ambulatório especializado, isso se dá por um sistema de acesso regulado. O profissional da APS descreve a situação clínica e os encaminhamentos da rede para a infectologia são 100% regulados, de maneira que o acesso ocorre conforme a necessidade e a prioridade de cada caso.”



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Houve também um incentivo para o diagnóstico, com a disponibilização de testes rápidos de anti-HIV. Os profissionais da APS foram treinados na realização dos testes no próprio laboratório do município. Quando o primeiro teste dá reagente, um segundo com técnica diferente é realizado no mesmo momento, confirmando ou não o diagnóstico.

Quando o segundo teste também dá positivo, já é possível solicitar na própria APS os exames de rotina e a dosagem da carga viral e do CD4. Se a pessoa está assintomática, após o resultado dos exames, avalia-se a possibilidade de acompanhamento na APS ou a necessidade de encaminhamento para o ambulatório especializado.

Outra maneira para o diagnóstico é o profissional solicitar os exames e a pessoa se dirigir até um ponto de atenção, onde também funcionam centros de testagem e aconselhamento (CTA), que podem ser acessados diretamente. Não há necessidade de agendamento prévio. Se os exames são realizados pelo CTA, a pessoa é orientada quanto ao resultado e a procurar sua equipe de saúde de referência. Se foi um profissional da APS que solicitou, os exames são enviados pelo próprio sistema de prontuário eletrônico, acessados mediante senha individual, e a pessoa depois verifica os resultados com um profissional da sua equipe de referência.



Além de facilitar os meios diagnósticos, também foram aumentadas as ofertas de prevenção. A disponibilidade dos testes rápidos permitiu que as equipes da APS pudessem avaliar e realizar a profilaxia pós-exposição (PEP) quando necessário. Nos horários em que as unidades de saúde estão fechadas, tal serviço é oferecido em um ponto de atenção que fica aberto 24 horas, as unidades de pronto-atendimento.

Fonte: "Imagens - Freepik ©"

As RAS contam ainda com um ambulatório de referência para casos que tenham indicação de realizar profilaxia pré-exposição (PREP). A pessoa pode ser encaminhada a partir de diferentes pontos de atenção da rede, como a APS, as Unidades de Dispensação de Medicamentos (UDM) ou os CTA.

“Há ainda algumas situações que são referenciadas para o hospital terciário, como casos de profilaxia pós-exposição decorrentes de violência sexual ou quando se necessita de punção lombar para descartar sífilis terciária em pessoas com HIV ou AIDS.”

Na configuração dessa RAS pode-se perceber a APS como coordenadora e ordenadora do cuidado, trabalhando de maneira articulada com pontos de atenção secundários (ambulatórios de especialidades) e terciários (hospital de referência), com sistemas de apoio (testes rápidos, laboratório municipal, CTA, UDM, Vigilância Epidemiológica, grupo de WhatsApp) e logísticos (sistema de regulação do acesso, transporte de medicamentos e materiais, como os testes diagnósticos, e prontuário eletrônico único). O papel da APS como coordenadora e ordenadora do cuidado será melhor discutido na próxima aula.

Desafios

Enquanto a base teórica para a formação de redes efetivas é vasta e os discursos costumam convergir na necessidade da racionalização da organização dos serviços de saúde, a verdade é que muitos são os desafios para o seu estabelecimento pleno.

O fluxo da informação em saúde ainda acontece de maneira truncada, de certa maneira não reconhecendo os avanços em tecnologia da informação que aconteceram nas últimas décadas. Os sistemas de informação não se comunicam de maneira eficiente, seja verticalmente (entre níveis de atenção ou entre entes federados) ou horizontalmente (entre sistemas irmãos no mesmo contexto). O resultado desse arranjo é uma ineficiência de ações, que passam a perder coerência e qualidade, além de exigir retrabalhos para o cumprimento das mesmas tarefas, tanto nos níveis de gestão do sistema quanto nos níveis de cuidado individual.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

O trajeto do usuário pelo sistema ainda também não acontece de maneira otimizada, com heterogeneidades na implantação das ações do primeiro nível de atenção e na distribuição e disponibilidade dos serviços de maior densidade tecnológica. Além disso, a inexistência, fragilidade ou variabilidade regional de protocolos de cuidado e acesso tendem a ocasionar fragilidades na qualidade da demanda por intensificação tecnológica da oferta de cuidado ao indivíduo, que, somada aos fatores anteriores, acaba por transformar o ato de regulação do acesso num exercício de gestão da escassez.

Por fim há a questão do relacionamento com as estruturas de saúde suplementar, que na ausência de mecanismos regulatórios e de coordenação efetivos se organizam não de forma a complementar as ofertas de saúde à população, mas como uma efetiva competição ao SUS, seguindo mecanismos e, conseqüentemente, análogos a qualquer competição relacionada à lógica de livre mercado que se possa pensar.

Síntese da aula

- O conceito de saúde como proposto pela Organização Mundial de Saúde exige uma organização de Estado que compreenda que melhoras no estado de saúde de uma população dependerão de transformações sociais profundas, guiadas pelo sistema de saúde vigente. Para tanto, o sistema de saúde não deve abordar apenas encontros ambulatoriais ou procedimentais com sua população usuária, mas intervenções profundas, visando, além das atividades de reabilitação, as de promoção e proteção à saúde, além das preventivas. Os arranjos hierárquicos de sistemas de saúde, que se entendem majoritariamente como executores de ações clínicas, tendem a oferecer-se de maneira não otimizada e insustentável ao longo do tempo, mostrando-se, então, potencialmente incompatíveis com os desafios da garantia universal de saúde. Nesse sentido, as redes de atenção à saúde permitem não só uma melhor organização do sistema de saúde, como também diminuição de custos e melhores resultados.

Nesta aula, você estudou os determinantes sociais de saúde; o atual quadro de necessidades da população brasileira; os princípios, diretrizes e processos organizacionais do SUS; os avanços e desafios do SUS e os conceitos, fundamentos e atributos da Rede de Atenção à Saúde, na perspectiva da integração no Sistema. Agora, você já consegue refletir sobre a organização do Sistema Único de Saúde frente às necessidades e demandas sociais na perspectiva de integração em Redes de Atenção à Saúde.

Na próxima aula, você conhecerá um pouco mais sobre os princípios e diretrizes da Atenção Básica com ênfase no papel de ordenadora das ações e serviços de saúde e apresenta os conceitos, mecanismos e instrumentos de coordenação do cuidado. Com isso, você esperamos que você consiga compreender a Atenção Básica como ordenadora das ações e serviços de saúde e coordenadora do cuidado em rede e a inserção dos serviços farmacêuticos.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006 [acesso em 8 fev 2019]. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
2. World Health Organization (WHO). The Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata; Sept. 1978.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 17-21 mar. 1986.
4. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, jan./abr. 2007;17(1),77-93. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
5. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up Part 2. Copenhagen: World Health Organization; 2006.
6. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2011.
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal [1988]. Brasília: Senado Federal; 2016 [acesso em 23 jan. 2019]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
8. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [acesso em 23 jan. 2019]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
9. Brasil. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. [online] [Portalsms.saude.gov.br](http://portalsms.saude.gov.br). Available at: <http://portalsms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus> [Accessed 29 Jan. 2019].
10. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [acesso em 23 jan. 2019]. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
11. Duncan BB, Schmidt MI., Giugliani ER, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: Artmed Editora; 2014.
12. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:2297-305.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 30 dez. 2010.

Aula 2 – Atenção Básica como Coordenadora do Cuidado e Ordenadora das Ações e Serviços de Saúde

Ementa da aula

Esta aula aborda os princípios e diretrizes da Atenção Básica com ênfase no papel de ordenadora das ações e serviços de saúde e apresenta os conceitos, mecanismos e instrumentos de coordenação do cuidado.



Objetivo de aprendizagem

Compreender a Atenção Básica como ordenadora das ações e serviços de saúde e coordenadora do cuidado em rede e a inserção dos serviços farmacêuticos.



Introdução

Como já abordamos na aula anterior, a situação de saúde de uma população só pode ser eficazmente modificada com um conjunto de intervenções que vão além da abordagem estritamente clínica nos sistemas de saúde. É preciso repensar a estrutura historicamente rígida e hierárquica focada nas especialidades e aproximar-se do usuário em seu contexto comunitário e familiar.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, reitera a Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de atenção e ponto de contato principal do usuário com o sistema de saúde, situando-a como o centro de comunicação e coordenadora do cuidado. Também a formaliza como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, capaz de ser

“[...] um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário¹ (on-line).”

Mas o que é esta tal Atenção Primária à Saúde?

Em 1920, foi publicado o relatório Dawson² que propunha uma modelagem hierarquizada de sistema de saúde do Reino Unido, com serviços generalistas geograficamente próximos às comunidades e os serviços de suporte (exames, atendimentos especializados, hospitais) distribuídos regionalmente de forma a se oferecerem de maneira racional aos comunitários. Propunha ainda que os serviços de prevenção e os curativos não poderiam ser sistematicamente separados e que os serviços estivessem disponíveis de maneira universal.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

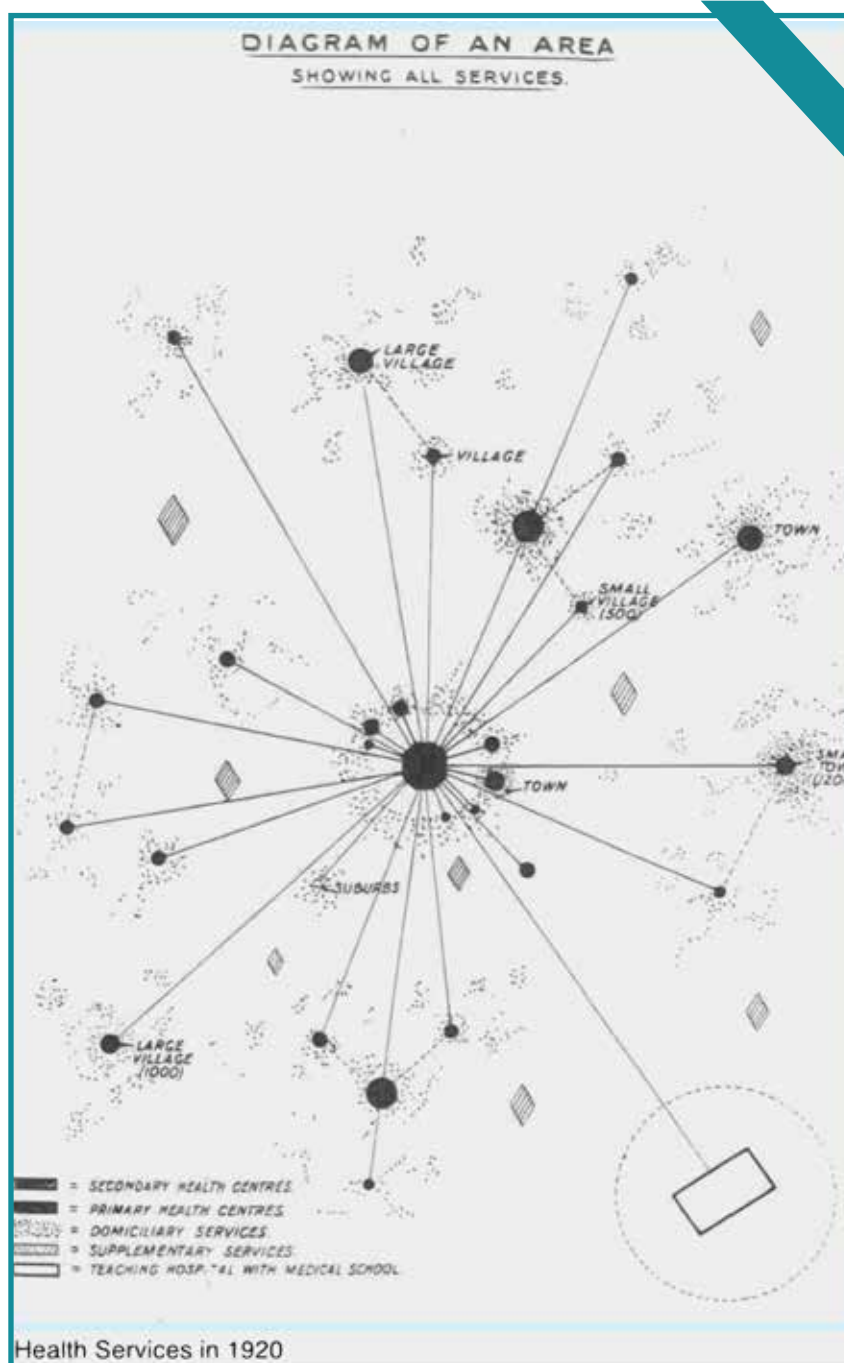
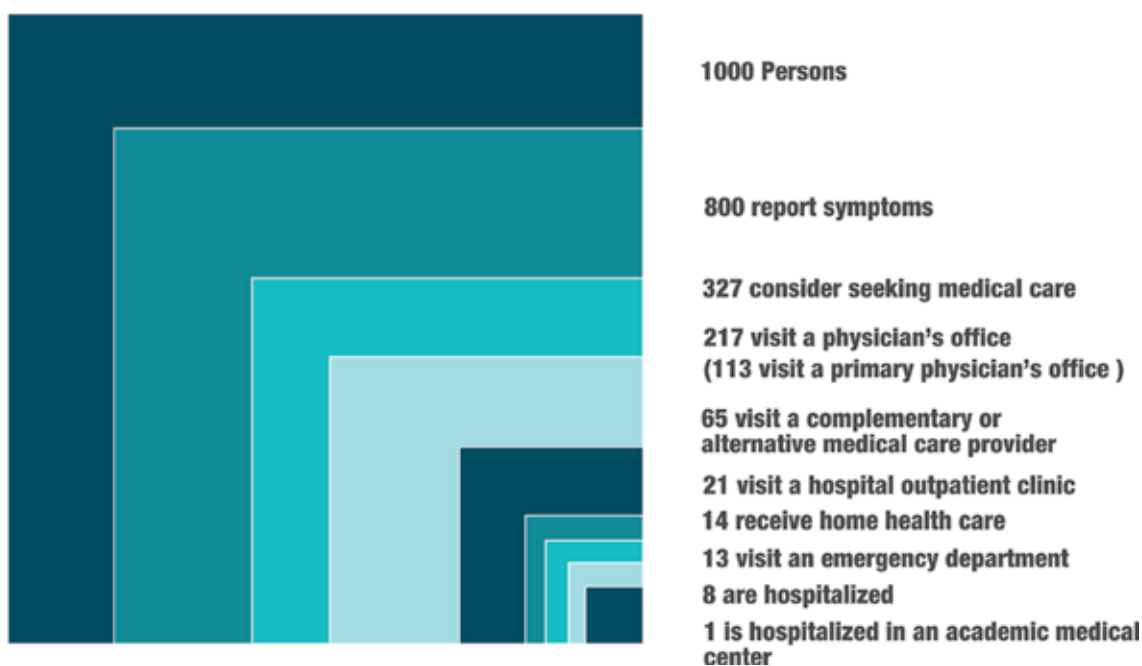


Figura 7. Diagrama de serviços de saúde em um território, proposto por Dawson em 1920
Fonte: Relatório Dawson².

Em 2001, um artigo revisando os princípios da Ecologia do Cuidado Médico³ demonstra que, nos EUA, de uma população de 1.000 pessoas, em um mês, em torno de 217 delas irão procurar cuidados médicos. Destas, a ampla maioria procurará o primeiro nível de atenção, 21 procurarão um ambulatório especializado e 8 serão internadas, sendo 1 em hospital terciário, como ilustrado na Figura 7. Esses números mudaram muito pouco desde 1961, quando essa modelagem de estudo foi primeiramente publicada⁴, não obstante significativas diferenças tenham ocorrido na organização e disponibilidade de serviços de saúde, conforme ilustra a Figura 8.



Nota: Cada quadro representa um subgrupo do quadro maior, que compreende 1.000 pessoas.
Os dados referem-se a pessoas de todas as idades.

Figura 8. Prevalência mensal de doenças em uma comunidade e o padrão de procura por cuidados médicos / Fonte: Adaptado de Green, Fryer, Yawn, Lanier, Dovey³.

Ao entender, então, tais proporções como relativamente constantes nesta “Ecologia do Cuidado” e aceitar os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade como pântanos na modelagem do sistema, resta ao gestor determinar a distribuição da oferta de maneira a considerar acessibilidade e resultados, minimizando os riscos e custos associados ao cuidado em saúde.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata⁵ explicita que a maneira de se prover acesso universal a serviços de saúde seria por meio de serviços de Atenção Primária à Saúde, que seriam responsáveis pelas ações preventivas, pelo cuidado generalista e pela racionalização do uso dos outros níveis de atenção do sistema. Atenção Primária à Saúde é definida pelo Ministério da Saúde como:

“[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária⁶ (on-line).”

Ela é então o mecanismo preferencial de entrada do usuário na RAS e a ordenadora das ações de rede, não só respeitando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, como também sendo o principal motor dela.

Barbara Starfield⁷, por sua vez, define a Atenção Primária como o

“[...] nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros^(p. 28).”

Das duas definições citadas anteriormente, emerge o conceito de um nível de atenção que esteja plenamente disponível e seja reconhecido como o ponto preferencial de acesso da população ao sistema de saúde, e que, além disso, seja capaz de:



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

- atuar nos condicionantes de saúde e nos processos de adoecimento de uma população determinada ao longo do tempo;
- resolver ou intervir na maior parte dos problemas do processo saúde-doença de seus usuários;
- ordenar as ações do sistema naquele território e para aquela população, buscando a melhora das condições de saúde, minimizando as intervenções desnecessárias com responsabilidade sobre os custos e qualidade global do setor saúde.

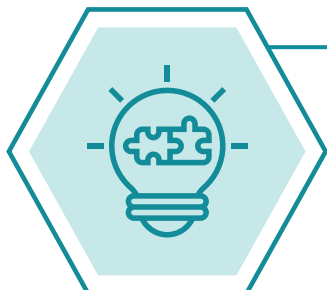
Primária ou Básica?

Na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde explicita a equivalência dos termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB), de modo a eliminar potenciais dilemas de nomenclatura que possam surgir⁸.

Atributos da Atenção Básica

Para avaliar um sistema de APS, Starfield⁷ propõe a análise de quatro atributos essenciais e três derivados, conforme descritos a seguir.

ESSENCIAIS



1. **Acessibilidade de Primeiro Contato:** refere-se à ideia de se apresentar como serviço preferencial para procura do usuário a cada novo problema ou episódio de um problema.
2. **Longitudinalidade:** pressupõe a regularidade da fonte de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que implica a identificação de população adstrita e a existência de forte vínculo entre essa e os profissionais de saúde.
3. **Integralidade:** entende-se que os serviços de atenção primária devem receber todos os tipos de demandas e procurar solucioná-las, seja nas próprias dependências ou fazendo os arranjos necessários para questões que exijam cuidados fora de seu escopo.
4. **Coordenação:** define-se pela continuidade do cuidado a capacidade de integrar a informação acerca do usuário e alavancar seu uso para aumento da eficiência da oferta proposta.



DERIVADOS



1. **Orientação familiar:** a capacidade de considerar o indivíduo dentro de seu ambiente, considerando o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde.
2. **Competência cultural:** propõe o reconhecimento das necessidades nem sempre evidentes de populações específicas.
3. **Orientação comunitária:** envolve reconhecer o contexto social das necessidades relacionadas à saúde dos indivíduos.

ESSENCIAIS

Acesso de primeiro contato

Longitudinalidade

Integralidade

Coordenação do cuidado

DERIVADOS

Competência cultural

Orientação familiar

Orientação comunitária

Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Por que Atenção Básica?

“Um sistema de saúde com forte referencial na atenção primária à saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo - mesmo em contextos de grande iniquidade social.”

Barbara Starfield⁷

Se uma Rede de Atenção à Saúde deve considerar a população e suas necessidades para sua conformação, há que se considerar que a proximidade dos serviços e sua capacidade de considerar não somente as condições fisiológicas dos indivíduos, mas suas correlações com o ambiente e a sociedade circundante seriam cruciais para essa organização.

Ainda, o conceito da tripla carga de doenças implica a necessidade de se investir em sistemas generalistas, capazes de atuar com resolutividade nas diversas modalidades de necessidades em saúde, agudas e crônicas. Por fim, as necessidades de atuação na promoção e prevenção de agravos, além das ações de reabilitação, implicam a necessidade de um sistema que esteja presente ao longo do tempo, que entenda as movimentações culturais e sociais da população e que seja capaz de propor intervenções e se adaptar constantemente às novas condições.

Sistemas nacionais de APS fortes estão associados com diminuição de desfechos negativos em saúde, como mortalidade prematura ou internações por causas sensíveis. Além disso, a APS parece estar associada a, senão uma redução dos custos em saúde, uma desaceleração destes em relação a outros sistemas nacionais.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Como se dá a Atenção Primária à Saúde e para quem ela se dirige?

Um ano após a Conferência de Alma-Ata, Walsh e Warren⁹ descreveram um conceito de “Atenção Primária Seletiva” como uma estratégia temporária de estabelecimento de cuidados universais em saúde, levando-se em conta que os objetivos da Declaração seriam inatingíveis por questões de escopo e escassez de recursos. As ações se dariam de forma a atacar seletivamente as questões mais graves (de acordo com critérios de prevalência, morbidade, mortalidade e capacidade de intervenção) de adoecimento de um território, permitindo uma melhora mais rápida das condições de saúde locais.

No entanto, essa abordagem resultou em uma programatização das ações de saúde e acabou por não avançar nos temas de equidade e transformação social. Do contrário, considerou saúde como nada além da ausência de doenças e não abordou questões de bem-estar e dignidade, muito menos as condições desconsideradas nas prioridades. Isso possibilitou o desenvolvimento de sistemas de saúde tecnocratas e verticais, incapazes de mover a linha de estado geral de saúde de uma população. Tal abordagem se tornou o modelo prevalente para sistemas de saúde de países em desenvolvimento.



No Brasil, essa realidade não foi muito diferente e, apesar dos ambiciosos objetivos da reforma sanitária e da luta por um sistema que abordasse a saúde por um prisma tanto científico quanto sociopolítico, logo se organizaram os programas verticais de atenção à saúde baseados em condições específicas. Um dos exemplos foi a organização do cuidado médico e especialista à pessoa que vive com HIV/AIDS, centrado na lógica hierárquica citada na aula anterior.

Do contrário, uma APS forte – que se mostre acessível sem constrangimento demográfico ou epidemiológico a seus usuários, que se permita conhecer o contexto onde está inserida e se proponha a construir redes para a intervenção nos determinantes de saúde de seu território, que se mostre resolutiva na extensão de sua condição tecnológica e que seja capaz de ordenar o fluxo do usuário pelo sistema e coordenar as suas ações em saúde – é crucial para se efetivar um cuidado pleno em saúde para sua população adstrita. É isso que chamamos de APS abrangente.

Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Qual o contexto atual da Atenção Primária no Brasil?

Desde 1989, todos os brasileiros, independentemente da condição de contribuintes, têm direito legal a acessar serviços públicos de saúde. De fato, em 2008, 93% das pessoas que sentiram a necessidade de buscar um serviço de saúde o conseguiram. Diversos indicadores melhoraram nesse período, como a queda das internações por condições sensíveis à APS10, ampliação da cobertura de pré-natal, queda da taxa de mortalidade infantil e cobertura da população por serviços de APS.

Não obstante, não são poucos os desafios que o sistema de saúde enfrenta. Harzheim¹¹ discute os dilemas sistêmicos como sendo:

- Dificuldade de acesso dos usuários aos serviços da APS, que ainda é distribuída de maneira heterogênea pelo território nacional, e dos outros níveis de atenção, tanto pela disponibilidade insuficiente como pela sobrecarga por demanda não qualificada.
- Provimento e fixação de profissionais, ainda que iniciativas pontuais, como o Programa Mais Médicos, consigam atingir o objetivo do provimento em locais com dificuldade histórica, ainda são limitadas a categorias específicas e não buscam solucionar o dilema da longitudinalidade, incentivando os serviços a se organizarem de maneira improvisada e meramente reativa às demandas do território.
- Baixa incorporação de tecnologias, não só as tecnologias duras, como a disponibilidade de elementos de diagnose no âmbito da APS, como as semiduras e as flexíveis, como a comunicabilidade entre profissionais de diferentes níveis de atenção e entre estes e a população ou mesmo estratégias efetivas de desenvolvimento profissional continuado.
- Resolutividade insuficiente que leva a uma sobrecarga dos níveis de maior tecnologia, com subsequente ampliação dos custos totais de cuidado.
- Baixa adoção de práticas de efetividade comprovada, tanto em gestão quanto na /prática clínica diária, o cuidado em saúde ainda se dá muito mais baseado na opinião individual do provedor do que na melhor evidência disponível.
- Baixo aproveitamento do potencial de cuidado das profissões não médicas, notadamente nos casos da enfermagem e da farmácia, já com tradição internacional no protagonismo da desmedicalização do cuidado, mas que aqui ainda se apresentam com muita ênfase nas atividades técnico-gereciais.
- Oferta restrita da carteira de ações devido a uma importante heterogeneidade nos padrões de oferta entre territórios e mesmo entre profissionais dentro do mesmo território.
- Dificuldades de comunicação e de integração entre a APS e os demais pontos da rede assistencial, resultando em importante prejuízo à capacidade de coordenação do cuidado do usuário.
- Contingente populacional excessivo para equipe de Saúde da Família, que se vê apenas em condições de trabalhar de forma reativa às demandas clínicas dos usuários em condições de buscar ativamente o serviço.
- Insuficiência e má qualidade da estrutura física e dos equipamentos e insumos, que acabam por dificultar as intervenções processuais que poderiam minimizar outras dificuldades.



Fonte: "Imagens - Pixabay ©"

De qualquer maneira, mesmo com as violentas restrições orçamentárias que se avizinham pelas práticas de austeridade fiscal propostas nos âmbitos federal, estadual e municipal, parece haver uma miríade de intervenções processuais com potencial de aumentar a concretização da APS como elemento efetor do acesso universal a serviços públicos de saúde proposto em 1978 em Alma-Ata⁵:

- Ampliação do acesso em APS por meio de práticas organizacionais avançadas que fazem uso dos diferentes atores do cuidado em saúde no processo de primeira escuta do usuário e que abandonam a abordagem biologicista e tecnocrata dos protocolos de risco, visando a uma abordagem desburocratizada baseada em critérios de risco, vulnerabilidade e necessidade de saúde do indivíduo.
- Definição de uma Carteira de Serviços clara e explícita, que maximize as ações em APS e explicita o papel de ordenador do trajeto terapêutico do usuário pela rede de saúde.
- Formação especializada em APS a fim de evitar o caráter temporário na trajetória profissional de seus atores e que permita a oferta de práticas avançadas e baseadas na melhor evidência.
- Prática baseada em evidências facilitadas por mecanismos de suporte clínico em relação à tomada de decisão instantânea ancorados em protocolos de fácil acesso e frequente revisão.
- Ampliação da clínica da enfermagem e da farmácia, baseando-se em experiências de sucesso já descritas mundialmente, adaptando-se às limitações e necessidades da realidade nacional.
- **Apoio matricial** remoto capaz de estabelecer relações de confiança entre o apoiador de núcleo especializado e que vise ao aumento da capacidade e autonomia do profissional de APS.
- Protocolos de acesso a especialidades e procedimentos que visem à racionalização do uso destes recursos e à diminuição das complicações emergentes dos processos de excesso de intervenção em saúde.

Apoio Matricial

Dispositivo de oferta de retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico de núcleos especializados às equipes de Atenção Primária à Saúde¹¹.

Atenção Básica como coordenadora e ordenadora do cuidado

Na aula anterior vimos a atuação da APS em um modelo de rede de atenção para as pessoas que vivem com HIV ou AIDS. O reconhecimento de quem são essas pessoas dentro do território e o entendimento sobre suas relações de trabalho, familiares e sociais, além da compreensão sobre seu modo de vida, sentimentos, ideias, crenças e expectativas, são elementos que compõem a abordagem centrada na pessoa, sobre a qual conversaremos mais na próxima aula. Os profissionais da APS, quanto mais qualificados e conhecedores do método clínico centrado na pessoa, conseguem obter esse conjunto de informações que permite melhorar os resultados da prática clínica, ao mesmo tempo em que reduz os custos desnecessários em saúde.

As ações necessárias para o acompanhamento dos casos, seja de promoção da saúde, prevenção de doenças, prescrição ou renovação de medicamentos ou solicitação dos exames periódicos de rotina, são otimizadas por esse tipo de abordagem, sendo monitoradas por meio da coordenação do cuidado. A APS consegue não só acompanhar adequadamente as pessoas do seu território, resolvendo a maior parte dos seus problemas, como também tem o papel de ordenar o acesso para outros pontos de atenção da rede de saúde.

O prontuário eletrônico auxilia na coordenação do cuidado, na medida em que pode reunir informações e fornecer relatórios sobre a prescrição e retirada de medicamentos, além de organizar o registro e acesso ao resultado dos exames de rotina que necessitam ser solicitados com determinada periodicidade para um acompanhamento adequado. Não obstante, não são poucos os desafios que o sistema de saúde enfrenta. Harzheim¹¹ discute os dilemas sistêmicos como sendo:

Na ordenação do cuidado das pessoas que vivem com HIV ou AIDS, a APS gerencia o fluxo dentro da rede de atenção à saúde, identificando as que podem manter seus atendimentos na própria APS e aquelas que necessitam ir para o ambulatório de especialidade ou mesmo para o hospital. Ao utilizar registros organizados, com as listas dos problemas que cada pessoa acompanhada possui, e monitorar a relação de pessoas que possuem determinadas condições de saúde, a APS consegue definir a necessidade e periodicidade do seguimento, da renovação de receitas e da solicitação de exames. Tais dados devem ser gerenciados preferencialmente por meio de um prontuário eletrônico e estar disponíveis também para outros pontos de atenção da rede de saúde. Ao receber uma nova prescrição ou pedido de exames, o usuário pode ter que acessar outros pontos da rede, seja pontos de dispensação de medicamentos antirretrovirais e orientação farmacêutica, para receber medicamentos como os antirretrovirais, ou de diagnose, para realizar exames.



Fonte: "Imagens - Shutterstock ©"

Um outro exemplo pode ser visto com pessoas que tiveram um infarto agudo do miocárdio. Tais pessoas, muitas vezes, possuem uma variedade de outros problemas de saúde, que configuram fatores de risco para doença cardiovascular, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, dislipidemia, insuficiência renal, fibrilação atrial, algumas doenças reumatológicas e psiquiátricas, ou o uso de medicamentos como antipsicóticos. Cabe à APS coordenar o cuidado de saúde dessas pessoas, com uma visão integral sobre esses diferentes problemas, priorizando aqueles de maior risco ou vulnerabilidade, contemplando, assim, o princípio da equidade.

Devido à condição de saúde e por normalmente terem se submetido a medidas de tratamento intervencionistas, como a colocação de *stents*, as pessoas que tiveram um infarto costumam, pelo menos inicialmente, manter acompanhamento também em serviços de cardiologia, além de continuar vinculadas à APS. Para prevenção secundária, ou seja, para diminuir o risco de novos eventos cardiovasculares, costuma-se indicar o uso de estatinas.

A APS possui sinvastatina na sua lista de medicamentos. No entanto, algumas pessoas necessitam utilizar outros medicamentos desta classe, como atorvastatina, cujo acesso se dá por meio de um Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde. Para receber esse medicamento, a pessoa precisa apresentar uma receita e o Laudo Médico Especializado, formulário padrão para os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, a cada 3 meses.

Como esses documentos são preenchidos pelo médico, caso a pessoa ficasse apenas no ambulatório de especialidade, teria que retornar trimestralmente ao cardiologista, mesmo que estivesse estável do ponto de vista cardiológico e com os demais medicamentos e exames de rotina em dia, só para obter a receita e o laudo e assim ter acesso a atorvastatina. Com isso, ocuparia uma vaga da agenda especializada do nível de atenção secundário, que poderia ser utilizada para outra pessoa.

Com a APS exercendo seu papel de coordenadora do cuidado e ciente dos problemas de saúde de cada um, a receita e o laudo poderiam ser renovados pelo médico da equipe, permitindo que a pessoa tivesse consultas de retorno mais espaçadas com o cardiologista. Esse intervalo poderia ser melhor definido com prontuários eletrônicos integrados e mecanismos de comunicação entre os diferentes níveis de atenção, facilitando também a ordenação do cuidado pela APS, que poderia manter aqueles que estivessem com seus problemas de saúde cardiológicos controlados por maior tempo sob seus cuidados, priorizando o acesso à especialidade para os que mais necessitassem.



Fonte: "Imagens - Shutterstock ©"

Ao realizar a coordenação e ordenação do cuidado, percebe-se que a APS tem o potencial de otimizar o uso dos recursos de um sistema de saúde e garantir a aplicação dos princípios do SUS, ainda mais se estiver trabalhando dentro de um modelo de rede de atenção à saúde. O cuidado em saúde pode ser melhorado ainda mais nesse contexto com o uso de abordagens centradas na pessoa, como veremos na aula a seguir.

Síntese da aula

- Mais próxima do usuário e o compreendendo seu contexto, a Atenção Primária à Saúde se apresenta como o mais racional arranjo de primeiro contato e ordenação do sistema para dirimir os desafios da oferta universal de cuidados em saúde.

Nesta aula, estudamos os princípios e diretrizes da Atenção Básica com ênfase no papel de ordenadora das ações e serviços de saúde e apresenta os conceitos, mecanismos e instrumentos de coordenação do cuidado. Agora você já consegue compreender a Atenção Básica como ordenadora das ações e serviços de saúde e coordenadora do cuidado em rede e a inserção dos serviços farmacêuticos.

Na próxima aula, iremos estudar o Método Clínico Centrado na Pessoa, a diferença entre as evidências em saúde orientadas para doenças e as que importam para a pessoa doente e, por fim, a prevenção quaternária. Ao final da aula, esperamos que você consiga compreender os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa; reconhecer que as evidências e os resultados a serem alcançados com os Cuidados em Saúde devem se pautar no que importa para a pessoa que está doente; e entender o conceito e a aplicabilidade da prevenção quaternária.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez 2010.
2. Dawson BE. Interim report on the future provision of medical and allied services. HM Stationery Office, 1920. Vol. 693.
3. Green LA, Fryer Jr GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med.* 2001;344(26):2021-2025. doi:10.1056/NEJM200110183451614.
4. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *The New England Journal of Medicine*, 1961;265:885-892. <https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>
5. World Health Organization (WHO). The Declaration of Alma Ata. Presented at The International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, 1978.
6. 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, Brasília, DF, 21 out 2011.
7. Starfield B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set 2017.
9. Walsh JA, Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *Social Science & Medicine. Part C: Medical Economics* 1980;14.2: 145-63.
10. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed Editora; 2012.
11. Harzheim E. Redes de Atenção à Saúde: desafios e contribuições. Mesa Redonda. 1º Encontro da Regulação do Acesso e Coordenação do Cuidado da Grande Florianópolis. Florianópolis, SC, 5 nov 2018.

Aula 3 – Cuidado em Saúde Centrado na Pessoa

Jardel Corrêa de Oliveira
Matheus Pacheco de Andrade

Ementa da aula

Essa aula aborda o Método Clínico Centrado na Pessoa, a diferença entre as evidências em saúde orientadas para doenças e as que importam para a pessoa doente e, por fim, a prevenção quaternária.



Objetivo de aprendizagem

Compreender os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa; reconhecer que as evidências e os resultados a serem alcançados com os Cuidados em Saúde devem se pautar no que importa para a pessoa que está doente; e entender o conceito e a aplicabilidade da prevenção quaternária.



Introdução

Cuidado em Saúde Centrado na Pessoa

Já vimos que a Atenção Básica, ou Atenção Primária à Saúde (APS), deve atuar como coordenadora e ordenadora do Cuidado, garantindo que as pessoas que necessitem possam acessar outros pontos dentro da rede de Atenção à Saúde. Também aprendemos que, pelo conceito atual de saúde, tais pessoas precisam ser compreendidas para além da presença ou ausência de doenças. É necessário identificar o contexto social em que estão inseridas, as suas relações familiares, sociais e de trabalho, as suas crenças, as suas ideias e as suas expectativas, o ambiente em que vivem e a sua compreensão e modo de vivenciar as doenças e o processo de adoecimento. Compreender qual o seu entendimento sobre o que é saúde e o que elas esperam quando elas buscam auxílio dos profissionais para os seus cuidados. É preciso lembrar que tais necessidades se inserem em um cenário atual em que coexistem doenças agudas e crônicas, a violência e os acidentes externos, e tudo isto está vinculado aos determinantes sociais em saúde, que podem aumentar o risco de as pessoas adoecerem.



Fonte: "Imagens - Shutterstock © / Rawpixel ©"

As equipes da Atenção Básica devem garantir o acesso das pessoas aos serviços de saúde, respeitando os princípios de integralidade e de equidade. Mas como, na prática clínica, inseridos em um contexto de trabalho em equipes multidisciplinares, podemos conseguir estabelecer planos de cuidado para dar conta das necessidades e das percepções individuais de cada pessoa? É importante que conheçamos o Método Clínico Centrado na Pessoa^{1,2}, abordagem que permite conhecer cada indivíduo, para que possamos estabelecer objetivos comuns de cuidado. Isso proporciona ir além simplesmente do que está posto em protocolos ou guias de prática clínica. Atuar sem se restringir ao pensamento cartesiano, sem definir o que se deve fazer apenas pelo olhar técnico do profissional de saúde.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

O Método Clínico Centrado na Pessoa permite conciliar o conhecimento técnico-científico e a experiência profissional e alinhar isso com o ser e o estar de cada pessoa que busca o Cuidado, definindo planos terapêuticos conjuntos. Esse procedimento tem o potencial de fortalecer a autonomia do indivíduo e das famílias para o seu autocuidado, bem como propicia melhores resultados em saúde e adesão aos tratamentos, e, então, com isso, podem ser minimizados custos desnecessários. Assim, nesta aula, serão apresentados os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa e teremos dois vídeos que exemplificam um atendimento que não usa o método e outro que o utiliza.

“Na definição do plano de cuidado, devem ser identificados os objetivos comuns que importam, realmente, para a pessoa. O uso de evidências direcionadas para doenças, como parâmetros bioquímicos ou de exames laboratoriais, em geral, não são os desfechos valorizados pelos indivíduos e, muitas vezes, não trazem um resultado palpável. Isto também será abordado nesta aula, de forma a permitir que se compartilhem as decisões de tratamento, baseando-se em resultados que tenham impacto real para a saúde das pessoas e da sociedade³. Por fim, nos Cuidados em Saúde, faz-se relevante evitar intervenções que possam causar danos, sejam elas de mudanças ambientais, exames diagnósticos ou de medicamentos. Essas questões também precisam ser levadas em consideração no momento de estabelecer um plano de cuidados conjunto. Nesse sentido, esta aula também irá introduzir o conceito de prevenção quaternária e de sua aplicabilidade na prática clínica^{4,5}.”

A Consulta Centrada na Pessoa

O espaço da consulta deve, preferencialmente, ser agradável, com ambiência adequada, para deixar a pessoa à vontade e garantir a sua individualidade e a segurança sobre o sigilo das informações que serão abordadas. A consulta é um dos momentos mais importantes na relação entre a pessoa e o profissional de saúde, na medida em que a pessoa tende a trazer questões relevantes para ela e que as suas necessidades podem variar desde problemas clínicos, administrativos, sociais, até aqueles de difícil classificação. As queixas podem ser objetivas, relacionadas a doenças, exames e tratamentos, mas podem ser vagas, indiferenciadas e difíceis de explicar pelo olhar técnico do profissional². Para estabelecer uma boa relação, é preciso atuar com empatia, o que é diferente de ser simpático.

VÍDEO

Veja o vídeo que mostra a diferença entre empatia e simpatia⁶.

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=7BTwwVBrwE>



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

A consulta deve iniciar com perguntas abertas, como: “Em que posso te ajudar hoje?”, ou “O que te trouxe aqui hoje?”. É importante manter contato visual. Se o profissional prefere registrar enquanto a pessoa fala, pode-se dizer algo como: “Eu vou anotando aqui o que você está me dizendo, mas pode continuar falando”. No entanto é preciso ficar atento à maneira como ela reage a isso. Em alguns casos, é melhor registrar alguns pontos principais e deixar para completar os detalhes depois. A pessoa deve poder se expressar inicialmente sem que o profissional fique a interrompendo. Em geral, deixá-la falar por cerca de 2 minutos no começo da consulta traz quase todas as informações necessárias para entender o problema que a levou a buscar ajuda⁷.

Quando a pessoa começa a expor as suas demandas, ou problemas de saúde, é preciso, antes de complementar mais detalhes sobre cada necessidade apresentada, realizar a prevenção de demandas aditivas. Um indivíduo pode relatar que precisa renovar uma receita e que está com dor de cabeça, mas, antes que se explorem as características da dor, as crenças, os medos e as percepções, deve-se perguntar se ele tem mais alguma demanda. Nesse caso, podemos usar perguntas como: “Além da receita e da dor de cabeça, há mais alguma coisa que você precisa hoje?”. Perguntas simples como “Mais alguma coisa?” já são úteis, entretanto é preciso entender se a pessoa compreende que este questionamento se refere a algum outro sintoma da queixa que ela já trouxe, ou se busca saber se ela tem alguma outra demanda. Este segundo sentido é que deve ser deixado claro.

Isso permite, já no início da consulta, estabelecer quais as prioridades que serão abordadas, tanto pela percepção do que é mais importante para pessoa naquele momento quanto pela visão técnica do profissional. Com isso, consegue-se ser mais objetivo, gerir melhor o tempo do atendimento e garantir que os temas abordados sejam melhor compreendidos por ambos, o profissional e a pessoa. Também propicia que se consiga definir melhor o plano de cuidados compartilhados.

Quando se trabalha com muitas demandas em uma mesma consulta, pode-se correr o risco de abordá-las superficialmente ou de definir um plano de cuidados muito extenso e com muitos detalhes, o que dificulta que a pessoa se lembre de tudo, podendo prejudicar a adesão. Assim, quando as necessidades são muitas e variadas, é preferível, dependendo da pessoa e das suas capacidades cognitiva e intelectual, que se combinem novos encontros para discutir as outras demandas não exploradas adequadamente naquela consulta⁷.



Existem diversos modelos de abordagem que se pode utilizar em uma consulta, e um destes modelos é o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que engloba e sistematiza vários aspectos positivos das diferentes formas de abordagem. O MCCP permite, ainda, que se conheça a pessoa e como ela percebe a sua saúde e o seu processo de adoecimento, trazendo elementos que permitem compartilhar, de forma mais adequada, um plano de cuidados. Além disso, contempla as necessidades e as expectativas tanto da pessoa quanto do profissional de saúde que a atende. Por isso, é considerado o método mais adequado para a prática profissional na Atenção Primária à Saúde^{1,2}.

DICAS PARA UMA BOA CONSULTA:

1. Preze pela ambiência e por um espaço adequado para consulta;
2. Seja empático;
3. Inicie por perguntas abertas;
4. Mantenha contato visual;
5. Procure não interromper a pessoa, principalmente no início da consulta;
6. Previna demanda aditiva; e
7. Utilize o método clínico centrado na pessoa.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"



Fonte: "Imagens - Freepik ©"



SAIBA MAIS!

Se você quiser saber mais sobre habilidades de comunicação e a prevenção de demandas aditivas, leia o livro **Entrevista Clínica**, de Francisco Borrel Carrió⁷.

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)

Imaginemos a seguinte consulta do Antônio, 32 anos, que busca o serviço de saúde devido a uma dor lombar aguda. Ele chega no início da tarde à Unidade de Saúde... Não obstante, não são poucos os desafios que o sistema de saúde enfrenta. Harzheim¹¹ discute os dilemas sistêmicos como sendo:



Dr. Júlio: Boa Tarde, Antônio. Em que posso te ajudar hoje?

Antônio: Hoje de manhã, eu fui pegar uma caixa pesada e senti uma fisgada aqui embaixo nas costas do lado esquerdo.

Dr. Júlio começa a pensar que ele precisa caracterizar melhor a dor e descartar sinais de alerta e já segue perguntando: A dor corre para algum lugar?

Antônio: Sim, ela vem aqui para a parte detrás da coxa.

E Dr. Júlio prossegue: Em uma escala de 0 a 10, sendo 10 a dor mais forte que você já sentiu, como está a sua dor?

Antônio: Hum... uns 6.

Dr. Júlio: Tem algo que alivie ou que piore a dor?

Antônio: Quando me movimento piora, e alivia se fico mais parado.

Dr. Júlio: Teve febre ou perda peso recentemente?

Antônio: Não.

Dr. Júlio: Chegou a tomar algum medicamento?

Antônio: Não.

Dr. Júlio: Tem alguma alergia? Toma algum medicamento contínuo?

Antônio: Não.

Dr. Júlio: Certo... você pode deitar ali na maca para eu te examinar?

Antônio: Sim.

Dr. Júlio percebe que o Antônio tem uma dor ao tocar na musculatura da região lombar esquerda, que apresenta uma contratura local. Não percebe nenhum desvio da coluna. Examina a barriga e faz testes para uma possível hérnia de disco, e não encontra nenhuma alteração. A pressão arterial e a temperatura estão normais.

Dr. Júlio continua: Pode se sentar, Antônio. Pelo o que vi, não é nada grave. Parece que você teve um mau jeito ao pegar a caixa e está com uma dor muscular. Vou te prescrever uns medicamentos, e o senhor vai ficar melhor.

Antônio: Sabe, doutor, eu tive que sair do trabalho para vir aqui. Será que o senhor poderia me dar um atestado?



Dr. Júlio: Tudo bem. Vou te prescrever uma injeção de diclofenaco para fazer agora e deixar ibuprofeno de 600 mg em comprimido para casa.

Antônio faz uma expressão de desacordo.

Dr. Júlio, com a cabeça baixa, fazendo a receita, prossegue: E vou te dar dois dias de atestado, para hoje e amanhã. Tome aqui. Agora, é só passar na farmácia.

Antônio: Certo. Até mais, doutor.

Dr. Júlio: Até mais, Antônio. Qualquer coisa, é só voltar aqui.

Mais tarde, Dr. Júlio conversa com a técnica de enfermagem Joana: Você fez a injeção no Antônio?

Joana: Não. Ele saiu do consultório e foi embora, nem passou pela farmácia.

Dr. Júlio fica pensando que talvez o Antônio tivesse vindo apenas atrás de um atestado.

No dia seguinte, o Antônio retorna...

Dr. Júlio relembra a consulta do dia anterior e pensa que talvez ele tenha voltado atrás de mais atestado, mas pondera consigo mesmo que ele já havia dado um atestado também para hoje: Bom dia, Antônio. Você de novo por aqui! O que houve?

Incomodado pelo fato do Antônio não ter feito a injeção que ele prescreveu, segue perguntando: A dor não melhorou?

Antônio: Não. Na verdade, a dor nas costas está mais leve. Tomei aqueles comprimidos que o senhor me deu ontem, e a dor aliviou...

Antes que o Antônio continuasse, Dr. Júlio, ainda incomodado com a história da injeção, questiona: Mas por que o senhor não tomou a injeção que te indiquei? Talvez, se tivesse tomado, a dor poderia ter melhorado completamente.

Com uma expressão um pouco envergonhada, Antônio responde: É que... sabe, doutor, eu não gosto de tomar injeção. Uma vez, quando era moço, tive que tomar uma injeção que foi muito dolorida. Por isso, não passei na farmácia aqui do posto, e comprei os comprimidos que o senhor me deu.

Um pouco constrangido, Dr. Júlio pergunta: Então... em que posso te ajudar hoje?

Antônio: Hoje, não vim pela dor nas costas. Faz algum tempo que sinto uma dor na boca do estômago, e, depois que tomei esse remédio, parece que a dor piorou.

(...)

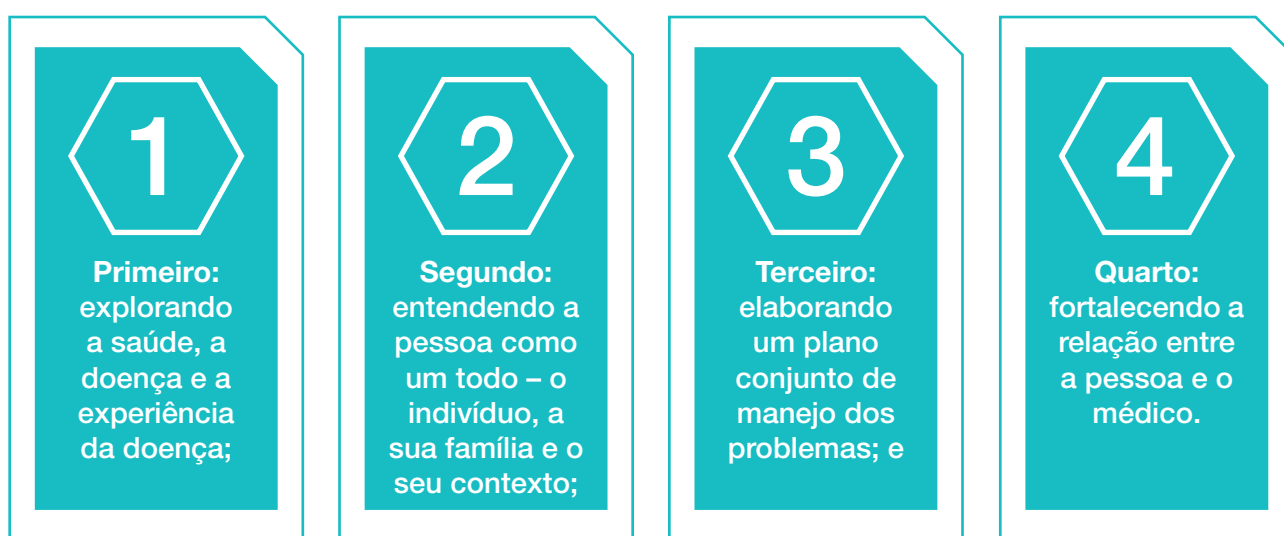


A consulta prossegue, e o Dr. Júlio identifica que o Antônio estava com um problema de estômago, talvez, uma gastrite, e que os anti-inflamatórios que ele havia prescrito, provavelmente, haviam piorado o problema. Ele trocou o medicamento para dor, orientou cuidados com a dieta e prescreveu um tratamento para o estômago. Dr. Júlio ficou refletindo sobre a consulta que fez no dia anterior. Tecnicamente, ele não havia feito uma consulta ruim. Entretanto ele não só havia prescrito um medicamento com o qual o Antônio não concordava, prejudicando a adesão, como também deu outro que piorou um problema de saúde que ele já tinha. Ficou pensando o que poderia fazer para melhorar uma consulta como essa.

Esta primeira consulta é um bom exemplo de uma abordagem centrada no profissional de saúde, ou na doença, e não na pessoa. Depois do Antônio relatar o motivo que o levou à consulta, o Dr. Júlio concentrou-se em identificar as características e quais os sintomas que ele tinha. Buscou construir hipóteses diagnósticas sobre qual doença ele apresentava, descartar sinais de alerta e, com base no diagnóstico, determinou uma conduta a ser seguida. Esse tipo de abordagem pode ser considerado bom, quando se olha apenas pelo aspecto técnico. No entanto não dá conta das várias questões que permeiam a prática do profissional na Atenção Primária à Saúde e mostra que ele precisa desenvolver outras habilidades além do conhecimento técnico-científico. Entre elas estão as habilidades de comunicação.

O Dr. Júlio foi quem conduziu a consulta, baseado somente nas suas necessidades e expectativas. Como consequência, o Antônio acabou assumindo uma postura pouco comunicativa, em boa parte do tempo, com respostas monossilábicas. Antônio não teve espaço para exprimir os seus sentimentos, ideias, expectativas e como o seu problema impactava na sua vida. Dr. Júlio até chegou a um diagnóstico correto, descartou situações graves, ou de risco de vida, mas não conseguiu compartilhar um plano de cuidados adequado e efetivo, o que acabou gerando a necessidade de uma nova consulta já no dia seguinte. Contribuiu, de certa forma, para dispendir mais tempo de sua atuação profissional, que poderia ser utilizado para outras pessoas, ou para gestão da clínica. Também gerou insatisfação profissional e aumento nos gastos em saúde, considerando o custo de um medicamento prescrito inadequadamente e de uma nova consulta.

Dr. Júlio não procurou conhecer o Antônio, com o que ele trabalha e quais os seus contextos familiar e social. Não fortaleceu o vínculo e a relação entre eles. Na segunda consulta, Dr. Júlio partiu de uma ideia preconcebida e deu o motivo da consulta como certo, antes mesmo de ouvir o Antônio. Só depois percebeu o equívoco e, realmente, iniciou a consulta quando retomou perguntando: “... em que posso te ajudar hoje?”. O MCCP^{1,2} é uma forma de abordagem que dá conta desses vários aspectos e auxilia o profissional a desempenhar uma comunicação adequada às diversas necessidades levantadas pelas pessoas que buscam atendimento na Atenção Primária. Ele se organiza em quatro componentes, que dão conta dos problemas identificados no atendimento do Antônio, como se pode ver a seguir.



Fonte: Matheus Pacheco

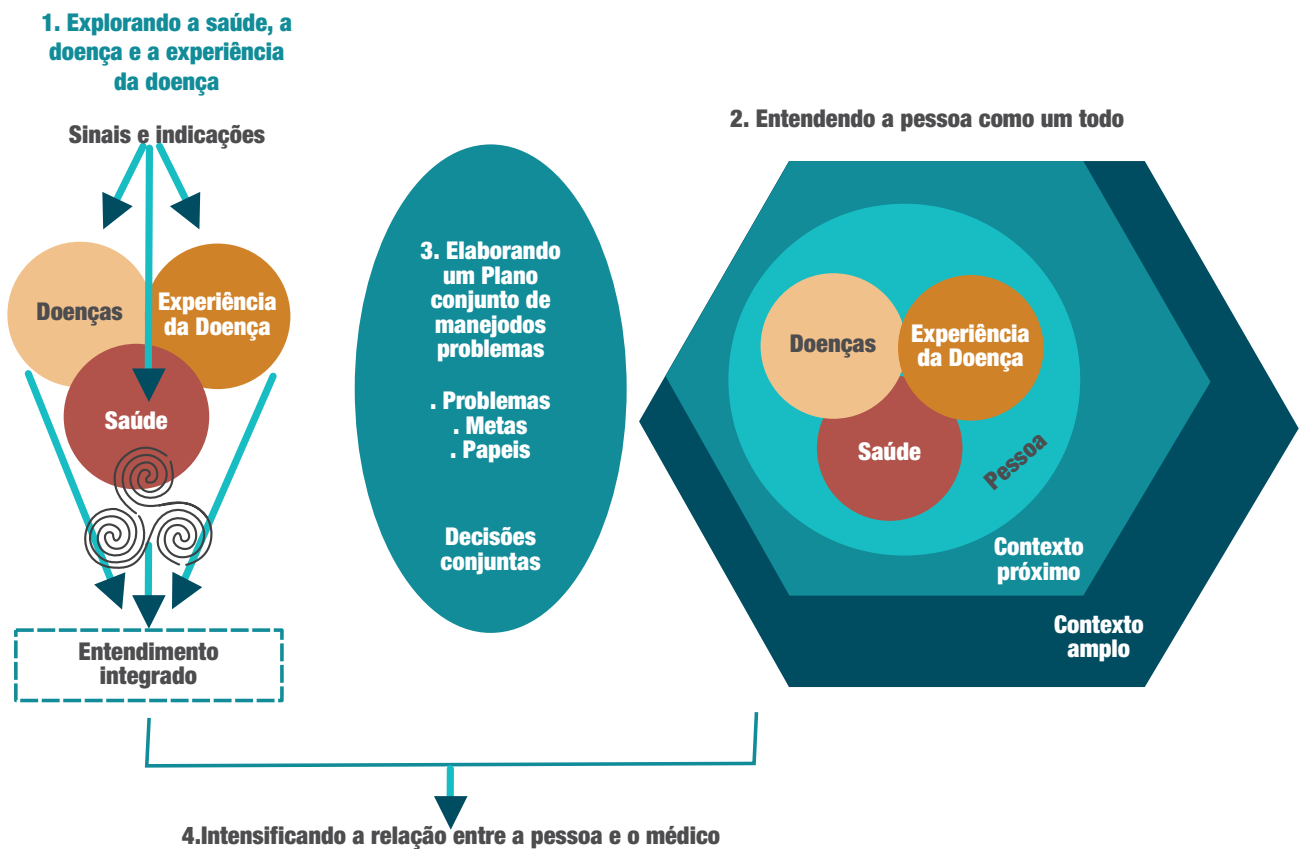


Figura 9. Os quatro componentes interativos do método clínico centrado na pessoa
 Fonte: Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam, Freeman., 2017¹.

Vejamos como seria uma abordagem diferente da consulta com o Antônio, utilizando as técnicas descritas anteriormente e o MCCP.

Fonte: “Imagens - Freepik ©”





Dr. Júlio: Boa tarde, Antônio. Em que posso te ajudar hoje?

Antônio: Hoje de manhã, eu fui pegar uma caixa pesada e senti uma fisgada aqui embaixo nas costas do lado esquerdo. Tentei continuar trabalhando, mas não consegui. A dor não chega a ser insuportável, mas piora quando faço qualquer esforço. Sabe, doutor, eu sou pedreiro e estamos colocando pisos e carregando várias caixas pesadas. Quando fico em repouso, a dor alivia. Acho que deve ter sido só um mau jeito, mas a dor corre aqui para parte detrás da coxa. Estou preocupado que possa ser algum problema do ciático. Meu pai tem hérnia de disco, e não conseguiu mais trabalhar. Antes, trabalhávamos juntos. Tirando isso, sou um cara saudável, nunca tive nenhum problema de saúde. Só tenho medo de acabar como o meu pai. Será que eu não preciso fazer um exame da coluna?

Dr. Júlio: Entendo a sua preocupação. Em princípio, não me parece algo grave, mas deixa eu te fazer mais algumas perguntas e te examinar primeiro.

Antônio: Tudo bem.

Dr. Júlio: Além dessa dor nas costas, tem mais algo que você queira me dizer hoje?

Antônio: Ah! Já faz alguns meses que tenho sentido uma dor na boca do estômago. Parece uma queimação, que, às vezes, piora depois que eu como, principalmente quando tomo café. Costumava levar sempre uma térmica para o trabalho, mas, ultimamente, tenho reduzido o café por isso.

Dr. Júlio: E tem mais alguma coisa?

Antônio: Não. É isso.

Dr. Júlio: Certo. E como você acha que eu poderia te ajudar? O que você espera que possamos fazer nessa consulta?

Antônio: Bem. Eu queria saber se eu não tenho nada grave, o que está causando essas dores nas costas e no estômago e gostaria de melhorar, para poder voltar logo ao trabalho. Sabe, doutor, eu tenho um menino de 5 anos e uma menina de 8 meses. A minha esposa não está trabalhando no momento, porque não conseguimos vaga na creche. Os meus pais moram com a gente, mas a minha mãe sempre foi do lar. O meu pai, como disse, não está conseguindo trabalhar. A nossa família costuma ir sempre à igreja. A minha mãe sempre auxiliou na paróquia, e, às vezes, eles nos ajudam com doações ou uma cesta básica.



Dr. Júlio: Certo. Entendo. Estamos aqui para ajudar você e a sua família no que pudermos. Depois, você poderia trazer o seu pai, para fazermos uma consulta e vermos com a assistente social se ele não tem direito a algum benefício. Mas, agora, vamos voltar às dores que você me relatou. Você teve vômitos, febre ou mudança de peso nesse período?

Antônio: Não.

Dr. Júlio: Quanto à dor no estômago, sente a comida voltar, tem azia, ou dificuldade para engolir?

Antônio: Também não.

Dr. Júlio também questiona sobre hábitos como tabagismo e etilismo. O Antônio não fuma e responde que bebe raramente, apenas em encontros da família, e que costuma ser pouco, no máximo, uma latinha de cerveja.

Dr. Júlio continua: Ok. Vou te examinar agora. Você pode deitar na maca.

Antônio: Claro, doutor.

Dr. Júlio percebe que o Antônio tem uma dor ao tocar na musculatura da região lombar esquerda, que apresenta uma contratura local. Não percebe nenhum desvio da coluna. Examina a barriga e faz testes para uma possível hérnia de disco, e não encontra nenhuma alteração. A pressão arterial e a temperatura estão normais. O Antônio está com sobrepeso.

Dr. Júlio continua: Pode se sentar, Antônio. Parece que você teve mesmo um mau jeito, ao pegar a caixa pesada, e essa dor nas costas é muscular. Pelo o que você me disse e pelo seu exame físico, não vejo nada que indique algo grave ou hérnia de disco. Quanto à dor no estômago, pode ser que seja uma gastrite, mas também não vi nada que indicasse algo sério. Pretendo te passar umas orientações e uns medicamentos, e logo o senhor deve estar melhor.

Antônio: Que bom!

Dr. Júlio: Antônio, vou te mostrar como você pode pegar as coisas sem forçar tanto as costas. O ideal é que você dobre os joelhos, e não as costas, para não forçar a coluna. E precisamos conversar sobre a sua alimentação. Percebi que você está um pouco acima do peso. Se você conseguir reduzir só um pouco e com alguns cuidados, isso pode ajudar a evitar que tenha novamente dor nas costas e a melhorar a dor no estômago. Acho que já foi ótimo você ter reduzido o café. O que você acha?



Antônio: Acho bom. Eu andei ganhando mesmo um pouco de peso ultimamente.

Dr. Júlio: Então vou te passar uns medicamentos, como te disse, e marcar um retorno para conversarmos mais sobre isto e ver se você está melhor. Também acho que a situação que a sua família está passando pode contribuir para a sua dor no estômago, e podemos aproveitar para ver se podemos ajudar de alguma forma. Pode ser?

Antônio: Pode.

Dr. Júlio: No momento, pelo que você me disse, o que me pareceu mais importante é deixar o senhor sem dor.

Antônio: É isso mesmo. Preciso trabalhar.

Dr. Júlio: Ok. Você prefere tomar uma injeção agora, para aliviar a dor mais rápido, ou quer que deixe somente medicamento para tomar em casa? O efeito final tende a ser semelhante.

Antônio: Ah, doutor. Eu não quero injeção não. Quando era moço, tomei uma injeção que foi muito dolorida. Prefiro comprimidos.

Dr. Júlio: Certo. Vou evitar te dar anti-inflamatórios, para não piorar a dor no estômago. Você tem preferência entre dipirona ou paracetamol para dor?

Antônio: Costumo tomar mais dipirona. Geralmente, tem um bom efeito para mim.

Dr. Júlio: Ok. Então vou te prescrever dipirona para agora, enquanto estiver com dor, e omeprazol para o estômago, para tomar por 30 dias. Este último deve, preferencialmente, ser tomado em jejum, uns 30 minutos antes da primeira refeição. Você vê alguma dificuldade nisso?

Antônio: Não. Está bom para mim.

Dr. Júlio: E não vejo necessidade de nenhum exame no momento, porque não há nada que indique algo grave, como te disse antes. Se alguma das dores persistir, piorar, ou você tiver algum sintoma novo ou diferente, volte a me procurar, e nós reavaliemos o tratamento e a necessidade de algum exame, certo?

Antônio: Tudo bem.

Dr. Júlio: Ah! E vou te dar dois dias de atestado, para você evitar esforço intenso hoje à tarde e amanhã. Mas você não deve ficar completamente em repouso, pois, do contrário, a dor nas costas tende a demorar mais para melhorar.



- Antônio: Ok.

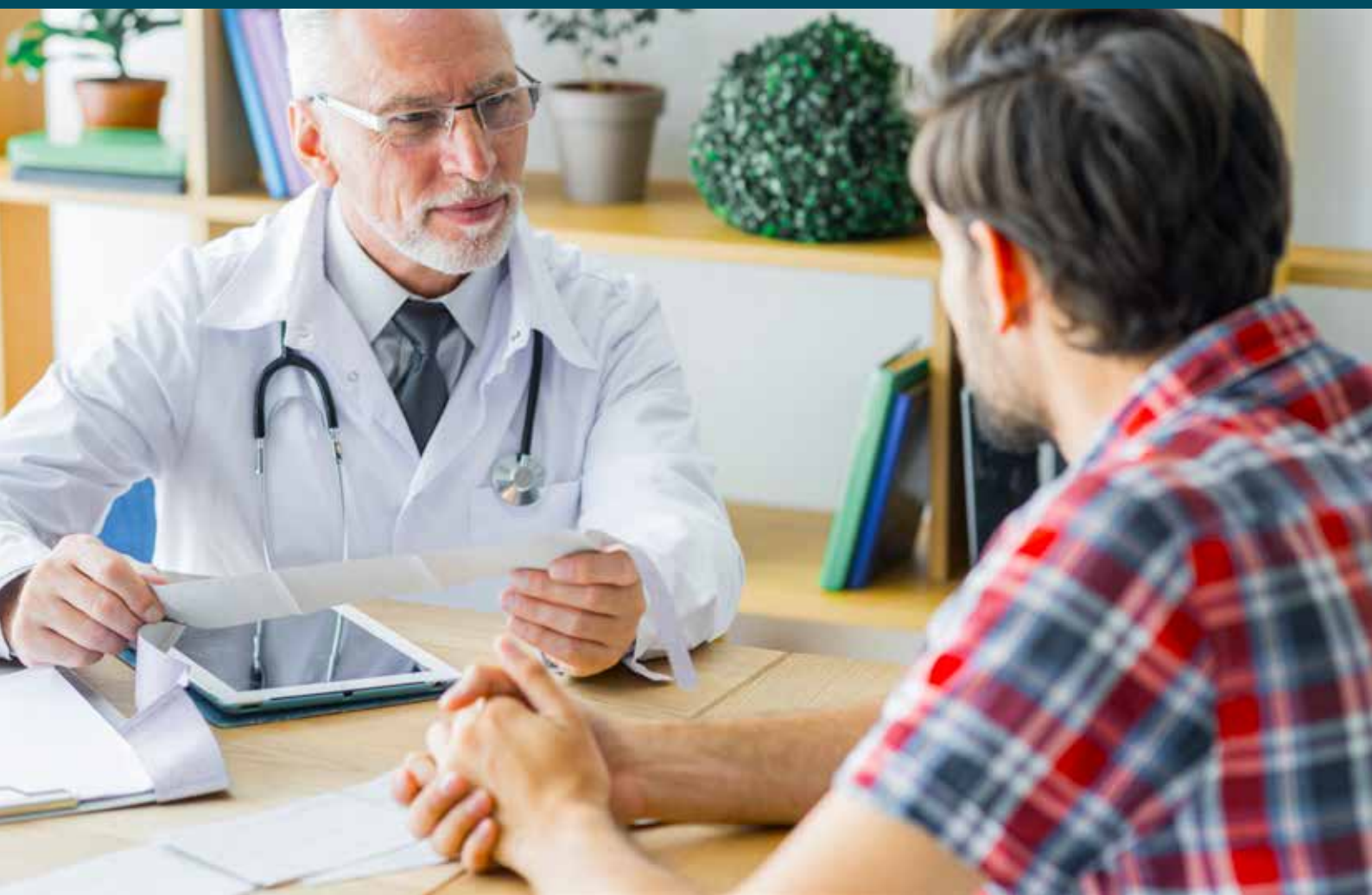
- Dr. Júlio: Você tem alguma dúvida?

- Antônio: Não. Tudo certo.

- Dr. Júlio: Ok. Então vamos combinar de você retornar na próxima semana, para conversarmos sobre a sua alimentação. Até lá, a dor nas costas já deve ter passado, e a do estômago deve estar melhor ou pelo menos ter aliviado. Se não for assim, ou sentir algo diferente, volte a me procurar antes.

- Antônio: Pode deixar. Procuro, sim. Até semana que vem.

- Dr. Júlio: Até. E, se quiser pode trazer o seu pai junto, para vermos ele também.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Nesta consulta, pode-se perceber a aplicação de todos os componentes que compõem o MCCP. Na prática da Atenção Primária à Saúde, o mais importante é ter conhecimento sobre o método e procurar aplicá-lo. Nem sempre todos os componentes serão aplicados em uma mesma consulta ou na mesma ordem. As pessoas podem procurar o serviço com diferentes demandas. Por vezes, podem entrar na sala para consulta e já mostrar uma lesão de pele.

Em outras, podem dizer que estão com pressa naquele dia, que estão bem e que precisam apenas renovar a sua receita. A longitudinalidade, que, como vimos, é um dos princípios essenciais da Atenção Primária, contribui para que se estabeleça o vínculo com as pessoas e que se possa conhecê-las e compreendê-las ao longo do tempo. Permite-se, assim, que os diferentes componentes do MCCP sejam abordados ou revisitados, de acordo com as demandas trazidas pelas pessoas em cada consulta^{1,2}.

Primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença

Já vimos que, no Cuidado Centrado na Pessoa, não se deve focar apenas na doença. O conhecimento técnico é importante e faz parte da consulta abordar o que se chama de *disease*. Isso corresponde aos aspectos clínicos de uma determinada doença, os seus sinais e sintomas, os exames diagnósticos e os possíveis tratamentos. Tais aspectos são comuns a uma doença ou a um estágio específico de uma doença, porém cada pessoa pode vivenciar o seu adoecimento de forma diferente. A experiência com a doença é o que se chama de *illness*. E é igualmente ou mais importante reconhecer e abordar os sentimentos, as ideias, o funcionamento de vida e as expectativas de cada pessoa frente a uma determinada doença ou mesmo ao medo de adoecer^{1,2}.

No exemplo da consulta que utilizou o MCCP com o Antônio, podemos ver que tanto *disease* quanto *illness* foram abordados. Inicialmente, percebe-se que o Dr. Júlio inicia com uma pergunta aberta e dá tempo para que Antônio possa se expressar. O médico não esquece que ele precisa abordar aspectos técnicos, questionar sinais e sintomas específicos que possam representar sinais de alerta, mas ele só o faz mais adiante na consulta. Não traz isso como prioridade inicial, interrompendo o Antônio como observamos no outro exemplo em que não utilizou uma abordagem centrada na pessoa.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Como mencionado anteriormente, quando deixamos a pessoa falar no início da consulta, mantendo contato visual e sem interrompê-la, estamos não apenas fortalecendo a relação e o vínculo mas também dando oportunidade para que os principais aspectos do seu problema sejam relatados, sem que tenhamos que direcionar ou conduzir a consulta.

Ao contrário, o relato costuma fluir espontaneamente. A pessoa, em quem se deve centrar o Cuidado, é quem assume o protagonismo da consulta. Nesse primeiro momento, é ela quem deve falar mais. Claro que há exceções. Algumas pessoas são prolixas e trazem diversas demandas simultaneamente, sem descrever em mais detalhes nenhuma delas e sem deixar claro o real motivo que as levou à consulta. Nestes casos, podem-se pontuar as diferentes demandas apontadas, buscando priorizar quais serão trabalhadas naquele momento.

O vínculo, a continuidade do Cuidado, característicos da Atenção Primária, e consultas prévias baseadas no MCCP permitem que se conheça melhor essas pessoas com o passar do tempo. Isso facilita para que se possam identificar e focar nas demandas principais. Algumas frases podem ajudar nesse contexto, buscando delimitar melhor os objetivos da consulta e sendo realista com o tempo:



“Você gosta de conversar e é bom ouvir as suas histórias, mas, hoje, preciso saber em que você espera que eu possa te ajudar.”

“Entendo essas questões que você está trazendo hoje. Já até conversamos sobre algumas delas, e, certamente, gostaria de entender melhor cada uma. Mas, agora, preciso saber qual é o principal motivo que te trouxe à consulta e o que precisamos resolver hoje. Não se preocupe, que, se for preciso, podemos combinar outra consulta, para continuar conversando sobre as outras coisas.”

Costuma ser útil, nesses momentos, tocar na pessoa e manter contato visual. Outras pessoas já são mais quietas e reservadas e falam pouco. Nesses casos, pode-se estimulá-las a falar com perguntas abertas, como: “Fale-me mais sobre isso...”, ou “Gostaria de entender melhor isso”. Em alguns momentos, manter contato visual e ficar em silêncio por um breve período é suficiente para que a pessoa se sinta confortável, entendendo que o profissional está ali para ouvi-la, e volte a se expressar.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

No caso do Antônio, deixá-lo falar no início da consulta já foi suficiente para que ele descrevesse alguns aspectos clínicos da sua queixa. Ele descreveu a intensidade, a irradiação e os fatores de melhora e de piora da dor, mas também pode expressar o *illness*. Ele falou sobre os seus sentimentos, trazendo a sua preocupação de não poder mais trabalhar e o medo de ter o mesmo problema que o pai: “Estou preocupado que possa ser algum problema do ciático. O meu pai tem hérnia de disco e não conseguiu mais trabalhar. Antes trabalhávamos juntos. [...] Só tenho medo de acabar como o meu pai”. Trouxe as suas ideias sobre o que poderia estar causando sua dor: “Acho que deve ter sido só um mau jeito...”. Relatou como a doença está afetando o seu funcionamento de vida: “Tentei continuar trabalhando, mas não consegui”. E, por fim, trouxe uma de suas expectativas: “Será que eu não preciso fazer um exame da coluna?”. Mais adiante, o Dr. Júlio faz questionamentos que deixam mais claras as expectativas e preparam a conversa posterior sobre o terceiro componente do MCCP: “E como você acha que eu poderia te ajudar? O que você espera que possamos fazer nesta consulta?”.

Ao que o Antônio responde: “Eu queria saber se eu não tenho nada grave, o que está causando essas dores nas costas e no estômago e gostaria de melhorar, para poder voltar logo ao trabalho”. O Dr. Júlio também faz a prevenção de demandas aditivas⁶, com as perguntas: “Além dessa dor nas costas, tem mais algo que você queira me dizer hoje?” e “E tem mais alguma coisa?”. Com isso, ele identifica, já nessa consulta, a queixa sobre a dor no estômago, o que traz implicações depois no momento de estabelecer o plano de cuidados para a dor nas costas.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

É importante reconhecer o que cada pessoa entende como saúde e a sua experiência com as doenças que ela possui. Pessoas com problemas de saúde que podem ser assintomáticos, como hipertensão, diabetes e aquelas que possuem HIV, e podem não se enxergar como doentes e não aderir aos tratamentos propostos.

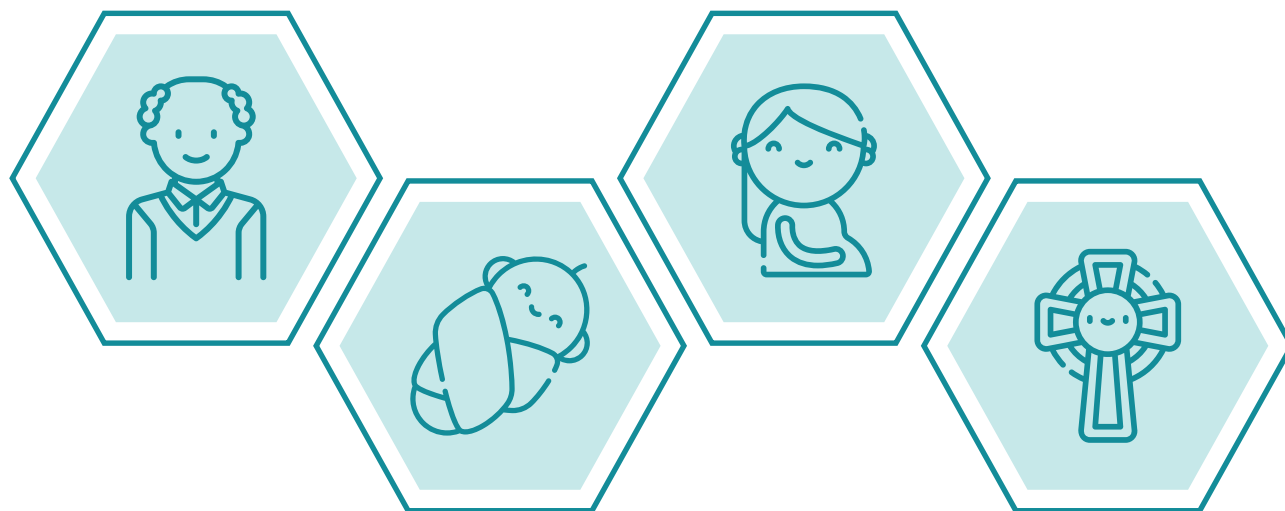
Da mesma forma, outras pessoas podem procurar o serviço de saúde por estarem preocupadas com a possibilidade de estarem doentes e com demandas por exames ou tratamentos preventivos. Conhecer os seus sentimentos, as suas ideias e as suas expectativas é importante para evitar procedimentos desnecessários que podem causar mais danos do que benefícios. Essa atitude de evitar danos, por parte do profissional de saúde, corresponde à prevenção quaternária^{4,5}, sobre a qual falaremos mais adiante.

Segundo componente: entendo a pessoa como um todo – o indivíduo, a sua família e o seu contexto

Compreender a pessoa nas suas relações de trabalho, familiares e sociais, bem como as suas crenças, ajuda a estabelecer planos de cuidados condizentes com a sua realidade e a entender processos de sofrimento. Além disso, permite identificar qual etapa do ciclo de vida a pessoa está vivenciando no momento e saber quais as fragilidades e as fortalezas da sua rede de apoios familiar e social^{1,2}.

Vejamos novamente o caso do Antônio. Quando o Dr. Júlio faz um questionamento, para saber mais sobre as suas expectativas sobre a consulta e alinhar os objetivos do plano de cuidados, ele acaba dando abertura para Antônio falar sobre os seus contextos de vida, familiar e social: “Sabe, doutor, eu tenho um menino de 5 anos e uma menina de 8 meses. A minha esposa não está trabalhando no momento, porque não conseguimos vaga na creche. Os meus pais moram com a gente, mas a minha mãe sempre foi do lar. O meu pai, como disse, não está conseguindo trabalhar. A nossa família costuma ir sempre à igreja. A minha mãe sempre auxiliou na paróquia, e, às vezes, eles nos ajudam com doações ou uma cesta básica”.

Novamente, é importante não interromper a pessoa e permitir que ela se expresse. A fala do Antônio contextualiza que ele está passando por um momento do ciclo de vida com filhos pequenos em casa, o que está impedindo a sua mulher de trabalhar, para ajudar na renda, a qual está sendo insuficiente para uma família de 6 pessoas. O seu pai também está impossibilitado de trabalhar por questões de saúde. Ao mesmo tempo, aparece a religiosidade e a participação na vida comunitária e social da igreja como um suporte para a família nesse momento. Dr. Júlio identifica e sinaliza para o Antônio que esse contexto pode estar contribuindo para a sua dor no estômago. Também se propõe a retomar estas questões para ver no que a equipe de saúde pode ajudar a família.



Fonte: “Imagens - Flaticcon ©”

Nessa perspectiva, tanto o contato com equipamentos sociais da comunidade que a equipe conheça que possam auxiliar a família como a articulação com outros setores sobre a perspectiva de vaga na creche, ou mesmo a avaliação proposta para o pai do Antônio para ver se ele tem direito a algum benefício social, podem fortalecer a família para enfrentar as suas dificuldades. Isso certamente teria impacto positivo não só na saúde da família, mas também na queixa individual trazida por Antônio.

Muitas vezes, questões sociais são de difícil resolução, quando dependem de outros setores. No entanto o desconhecimento sobre essa realidade e a ausência de uma tentativa de abordagem da equipe de saúde sobre estas questões podem contribuir para que as dificuldades enfrentadas pela família se perpetuem. Nesse cenário, o Antônio poderia voltar a sentir dor no estômago após o tratamento com omeprazol, ou mesmo ter dificuldade de fazer mudanças para uma dieta mais saudável, devido às suas condições de renda. A manutenção da dor poderia levar a uma interpretação de falha no tratamento, gerando, por vezes, custos desnecessários ao sistema de saúde, com a solicitação de exames complementares – como uma endoscopia digestiva alta, nesse caso – e a continuidade do uso de medicamentos para alívio dos sintomas.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Terceiro componente: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas

Para finalizar a consulta, é importante identificar os problemas trazidos e definir, junto à pessoa, os objetivos do seu manejo. A partir disto, busca-se compartilhar a decisão sobre o plano de cuidados, definindo o papel de cada um, seja da pessoa, da sua família, do profissional ou da equipe de saúde^{1,2,3}. O profissional precisa conhecer o que são resultados ou desfechos importantes para a pessoa, e não para doença. Ao compartilhar as decisões levando em consideração os riscos e os benefícios de uma intervenção, precisa-se ter claro se o resultado esperado é relevante³.

No tratamento de hipertensão, devem-se buscar medidas que tenham impacto sobre as complicações da doença, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal, ou sobre a mortalidade cardiovascular ou geral. Terapêuticas que tenham demonstrado somente redução do valor da pressão arterial, sem benefício comprovado nos outros desfechos, são focadas na doença, e não nos resultados que importam para as pessoas. Tais medidas de tratamento não devem fazer parte do plano de cuidados. Isso remete ao conceito citado previamente de prevenção quaternária, na medida em que se evitariam realizar tratamentos cuja eficácia para resultados relevantes não tenha sido comprovada. Qualquer tratamento pode ter efeitos adversos, e utilizar um que não tenha benefício estabelecido cientificamente pode expor a pessoa somente aos riscos do tratamento.

Outros exemplos são de terapias que demonstram apenas reduzir o valor do colesterol ou melhorar a densidade mineral óssea. No primeiro caso, intervenções sobre problemas com colesterol devem ter impacto comprovado na redução de doenças cardiovasculares. No segundo, o que se espera é a redução do risco de fraturas por osteoporose.

O *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) é, atualmente, o principal sistema utilizado para avaliar a qualidade das evidências e para subsidiar as recomendações de práticas e decisões em saúde. Um dos aspectos que ele aborda é a utilização de desfechos que são mais relevantes em saúde e importantes para as pessoas. Se quiser saber mais a respeito, leia o documento do Ministério da Saúde, de 2014, sugerido a seguir:

SAIBA MAIS!

“Diretrizes metodológicas: sistema GRADE – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde”



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Nesse momento, também se devem incorporar, sempre que possível, estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças^{1,2}. No caso do Antônio, percebe-se que, no decorrer da consulta, o Dr. Júlio procura identificar e deixar evidentes quais as expectativas e os objetivos esperados para lidar com os problemas. Depois, ele define claramente a sua avaliação sobre a dor nas costas e no estômago, tranquilizando quanto à ausência de indícios de gravidade. Relaciona, ainda, possíveis fatores desencadeantes, como o fato do Antônio ter levantado um peso quando surgiu a dor nas costas, ou relacionados, como o sobrepeso, que pode contribuir para a dor lombar, e a dieta e a situação familiar, que podem estar associadas com a dor no estômago. Próximo do final da consulta, ainda confirma se houve entendimento correto sobre o principal objetivo esperado nesse momento, para poder propor um plano de cuidados adequado: “No momento, pelo que você me disse, o que me pareceu mais importante é deixar o senhor sem dor”.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Ao identificar o sobrepeso, a ingestão excessiva de café e a situação familiar, Dr. Júlio incentiva a redução de café por Antônio, ao elogiar a sua atitude, e propõe retomar as outras questões em um novo atendimento na semana seguinte. Com isso, incorpora medidas de promoção e de prevenção. Também, reconhecendo o problema gástrico de Antônio, evita a prescrição de anti-inflamatório, para prevenir um agravamento do seu quadro clínico.

Dr. Júlio compartilha a decisão sobre os tratamentos farmacológicos propostos. Deixa de indicar um medicamento injetável, respeitando a percepção de Antônio, o que certamente fortalece a adesão ao plano terapêutico. Depois, questiona sobre a sua preferência sobre analgésicos e, ao indicar um medicamento para a possível gastrite, pergunta se ele teria problema de tomá-lo em jejum. Para finalizar a consulta, propõe um afastamento do trabalho por curto período, condizente com a situação clínica apresentada e com o desejo de Antônio de retornar logo ao trabalho, mas recomenda que deve evitar repouso absoluto, para que se recupere mais rápido.

Dr. Júlio questiona sobre dúvidas, combina um retorno para a semana seguinte, se coloca à disposição para atender o pai de Antônio, em um movimento para começar a abordar a questão familiar, e orienta em quais situações o Antônio deveria voltar antes da data combinada. Tudo isso, além de fortalecer o vínculo e a adesão, faz parte da definição do plano conjunto para manejo dos problemas, pois define o que será feito na continuidade do Cuidado. Com isso, está sendo garantida a coordenação do Cuidado e orientando o acesso, para que Antônio possa buscar, outra vez, o serviço, conforme as suas necessidades, o que são atributos essenciais da Atenção Primária.

Quarto componente: fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico

Todos os componentes do M CCP estão inter-relacionados e devem ser vistos em conjunto. Com exceção do terceiro componente, que costuma ser retomado e tem a sua ênfase na parte final da consulta, em que se definem a análise dos problemas, as metas e o plano de cuidados, é comum um movimento de ir e vir entre os diferentes componentes do método^{1,2}.

Como já devem ter percebido, algumas falas do Antônio ao longo da consulta forneceram informações de diferentes componentes. No entanto o quarto componente, talvez, seja o mais transversal deles, na medida em que todos os aspectos abordados nos demais contribuem para fortalecer a relação entre o profissional de saúde e a pessoa.

Ao se realizar uma escuta ativa, demonstrando estar interessado na pessoa, seja pelo contato visual, por um sorriso ou por um aceno de cabeça, procurar conhecer como ela experiencia a sua doença ou mesmo o seu medo de adoecer, como é o seu contexto de vidas familiar e social, as suas crenças e, por fim, buscar construir um plano de cuidados conjuntos, está se fortalecendo as relações e construindo o vínculo^{1,2}.

A longitudinalidade intensifica ainda mais esse processo. Conhecer as pessoas e estabelecer cuidados centrados nelas permitem ofertar melhor o acesso, coordenar e ordenar o Cuidado e realizar um atendimento integral, aspectos essenciais para uma boa prática na Atenção Primária à Saúde.

Como vimos no caso do Antônio, o M CCP propicia que se identifiquem questões em que se faz necessária uma abordagem familiar ou comunitária. Com o tempo, também se acabam aprimorando as competências culturais, uma vez que se passa a compreender o modo de vida das pessoas de uma comunidade, como elas vivenciam os seus processos de adoecimento, ou quais as suas concepções sobre a saúde ou a doença. Isso tudo fortalece não só a relação com as pessoas que estão sob o cuidado da equipe como qualifica e potencializa a própria atuação dentro da Atenção Primária. Mesmo assim, cada pessoa tem um jeito singular de viver a experiência de seu adoecimento.

Reconhecer cada um como uma pessoa única a partir do fortalecimento e da construção do vínculo e da confiança permite individualizar ainda mais a abordagem. Como já citado anteriormente, melhora o contato e as possibilidades de conduzir a consulta de pessoas mais extrovertidas, de outras mais preocupadas com o risco de adoecer, de outras que são mais caladas, de outras que entendem o seu problema de saúde, mas que preferem não se tratar, mesmo reconhecendo as implicações desta decisão, e abrindo espaço para trabalhar com redução de danos.

No processo de fortalecimento da relação com as pessoas, é importante identificar quando é melhor preservar a sua individualidade e quando se faz necessário envolver a família nos cuidados de saúde, sempre compartilhando essa decisão.

Em algumas situações, a pessoa já se encontra dependente de cuidados de terceiros. Nesse caso, deve-se considerar a sua autonomia para definir o quanto se vai passar de informações e recomendações para a família ou cuidadores. Mas, independentemente disso, é fundamental dar suporte à família quanto aos cuidados com a pessoa doente. Se a autonomia não está mais presente, a família passa a assumir um papel basilar, pois, com ela, se devem compartilhar todas as decisões, informações e aconselhamentos. Se houve tempo durante a vida para utilizar o MCCP com a pessoa enquanto ela mantinha a sua autonomia, devem ser respeitados, portanto, na medida do possível, os seus sentimentos, as suas ideias e as suas expectativas. Reveja, agora, trechos da consulta do Dr. Júlio com o Antônio que trazem informações relevantes e que contemplam os diferentes componentes do MCCP.

Componente do MCCP	Elementos do componente	Trechos da consulta
Primeiro: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença	Sentimentos	“Estou preocupado que possa ser algum problema do ciático. O meu pai tem hérnia de disco e não conseguiu mais trabalhar. Antes, trabalhávamos juntos. [...] Só tenho medo de acabar como o meu pai”
	Ideias	“Acho que deve ter sido só um mau jeito...”
	Expectativas	“Será que eu não preciso fazer um exame da coluna?” “Eu queria saber se eu não tenho nada grave, o que está causando essas dores nas costas e no estômago e gostaria de melhorar, para poder voltar logo ao trabalho”
	Funcionamento de vida	“Tentei continuar trabalhando, mas não consegui”
Segundo: entendendo a pessoa como um todo – o indivíduo, a sua família e o seu contexto	Trabalho	“Sabe, doutor, eu sou pedreiro e estamos colocando pisos e carregando várias caixas pesadas”
	Contextos familiar e social	“Sabe, doutor, eu tenho um menino de 5 anos e uma menina de 8 meses. A minha esposa não está trabalhando no momento, porque não conseguimos vaga na creche. Os meus pais moram com a gente, mas a minha mãe sempre foi do lar. O meu pai, como disse, não está conseguindo trabalhar. A minha mãe sempre auxiliou na paróquia, e, às vezes, eles nos ajudam com doações ou uma cesta básica”
	Crenças	“A nossa família costuma ir sempre à igreja”

Continua...

Componente do MCCP	Elementos do componente	Trechos da consulta
Terceiro: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas	Comunicando sobre a impressão diagnóstica dos problemas trazidos	“Parece que você teve mesmo um mau jeito ao pegar a caixa pesada, e essa dor nas costas é muscular. Quanto à dor no estômago, pode ser que seja uma gastrite...”
	Tranquilizando sobre os sentimentos de preocupação	“Pelo que você me disse e pelo seu exame físico, não vejo nada que indique algo grave ou hérnia de disco.”
	Confirmando a principal expectativa com o tratamento	“No momento, pelo que você me disse, o que me pareceu mais importante é deixar o senhor sem dor”
	Compartilhando a decisão sobre o tratamento	“Vou evitar de te dar anti-inflamatórios, para não piorar a dor no estômago. Você tem preferência entre dipirona ou paracetamol para dor?” “O que você acha?” “... vou te prescrever dipirona [...] e omeprazol [...]. Este último deve, preferencialmente, ser tomado em jejum, uns 30 minutos antes da primeira refeição. Você vê alguma dificuldade nisso?” “Você vê alguma dificuldade nisso?”
Incorporando promoção e prevenção	“Antônio, vou te mostrar como você pode pegar as coisas sem forçar tanto as costas. O ideal é que você dobre os joelhos, e não as costas, para não forçar a coluna. E precisamos conversar sobre a sua alimentação. Percebi que você está um pouco acima do peso. Se você conseguir reduzir só um pouco e com alguns cuidados, isso pode ajudar a evitar que tenha novamente dor nas costas e a melhorar a dor no estômago. Acho que já foi ótimo você ter reduzido o café”	

Componente do MCCP	Elementos do componente	Trechos da consulta
Terceiro: elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas	Estabelecendo a continuidade do Cuidado e orientando retorno se sintomas e sinais de alerta continuarem se evidenciando	<p>“... marcar um retorno para conversarmos mais sobre isso e vermos se você está melhor. Também acho que a situação que a sua família está passando pode contribuir para a sua dor no estômago, e podemos aproveitar para ver se podemos ajudar de alguma forma. Pode ser?”</p> <p>“... vamos combinar de você retornar na próxima semana para conversarmos sobre a sua alimentação.”</p> <p>“Se alguma das dores persistir, piorar, ou você tiver algum sintoma novo ou diferente, volte a me procurar, e nós reavaliemos o tratamento e a necessidade de algum exame, certo?”</p>
	Verificando se ficaram dúvidas no final da consulta	“Você tem alguma dúvida?”
Quarto: fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico	-	A relação e o vínculo estabelecem-se a partir da abordagem dos demais componentes.

Quadro 1. Trechos da consulta que contemplam os diferentes componentes do MCCP.

SAIBA MAIS!

Se quiser conhecer mais sobre o MCCP, leia o livro “Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico”, de Moira Stewart e colaboradores.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

A Consulta Centrada na Pessoa

Já citamos, de forma breve, a prevenção quaternária anteriormente, ao conversarmos sobre a abordagem centrada na pessoa. O princípio dessa forma de prevenção consiste em “primeiro não causar danos”^{4,5}. O seu destaque, aqui, é justificável, pois a intenção, ao se criar este conceito, é justamente de evitar o adoecimento iatrogênico, muitas vezes, de pessoas saudáveis, sem doenças, como pode ocorrer quando elas se submetem a rastreamentos ou a exames de rotina sem necessidade. A aplicação da prevenção quaternária visa, assim, a evitar que as pessoas realizem intervenções diagnósticas ou de tratamento desnecessárias, podendo sofrer consequências danosas para a sua saúde^{4,5}.

Quanto maior a quantidade de exames realizados, maior a possibilidade de um dos exames mostrar um resultado falsamente alterado. Quando isso ocorre, pode ser necessário realizar mais exames – por vezes, invasivos –, para refutar ou confirmar um diagnóstico. Isso pode aumentar o risco de um dano direto, relacionado ao próprio procedimento, ou de sofrimento diante da preocupação gerada pelo risco de estar doente. Outras vezes, esses resultados de exames equivocados podem gerar a indicação de um medicamento que não seria necessário, causando o risco de efeitos adversos, sem nenhum benefício.

Em outras, podem identificar uma doença cuja evolução seria indolente, ou seja, que não chegaria a causar sinais ou sintomas. Isso se chama sobrediagnóstico⁵. Um exemplo é quando se realiza uma ultrassonografia de tireoide em uma pessoa assintomática e se encontra um pequeno nódulo pouco maior de 1 cm. A partir disso, indica-se uma biópsia. Quando o resultado desse exame revela um câncer papilífero ou folicular, normalmente, a conduta é retirar toda a glândula. Como consequência, a pessoa fica com hipotireoidismo e vai precisar repor hormônios tireoidianos e realizar exames de controle pelo resto da vida. A questão é que, embora recebam essa terminologia de câncer, tais lesões têm um potencial muito pequeno de crescimento e de metástase, ou seja, de se espalharem pelo corpo. A imensa maioria irá se comportar como uma lesão benigna, que não irá causar nada para a pessoa. Esse tratamento desnecessário é denominado sobretratamento.

Assim, quando se está diante de demandas pela realização de exames, sobretudo em pessoas assintomáticas, ou quando vai se definir a abordagem farmacológica em um plano de cuidados dentro do MCCP, é preciso ter sempre em mente a prevenção quaternária e se as intervenções propostas ou demandadas têm comprovação de resultados sobre desfechos relevantes para a pessoa. É preciso considerar a influência da mídia, da cultura local, da sociedade e, principalmente, da indústria de exames, de aparelhos diagnósticos e de medicamentos, que, por vezes, geram o medo de adoecer e impulsionam as pessoas a buscar exames e tratamentos desnecessários. Reconhecer isso permite evitar danos para o indivíduo, gastos desnecessários para o sistema de saúde, sobrediagnósticos e sobretratamentos.

O modelo aprimorado de Calgary-Cambridge traz uma proposta de organização da consulta que abrange tanto os aspectos do MCCP como incorpora a prevenção quaternária no momento do diagnóstico e da elaboração compartilhada do plano de cuidados. Se quiser saber mais sobre a prevenção quaternária e o modelo de Calgary-Cambridge, leia o artigo sugerido abaixo.

SAIBA MAIS!

Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Com.* 2015;10(35):1-10. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011)



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

A seguir, vejam um outro exemplo de consulta em dois vídeos: um, que utiliza o MCCP, e outro, que não. Na sequência, estes vídeos serão utilizados na atividade avaliativa da aula.

<http://proadi.eadhaoc.org.br/mod/page/view.php?id=17194>



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Síntese da aula

- O cenário de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) exige que o profissional esteja apto a atuar diante de diversas necessidades e contextos. Pessoas preocupadas com a sua saúde, mas sem doenças, outras apenas com dúvidas, outras com doenças crônicas, algumas polimedicadas, outras com demandas sociais e várias com uma miscelânea dessas demandas, procuram os serviços de saúde na APS, diariamente. Para desempenhar bem o seu papel, o profissional, ao realizar uma consulta, deve buscar um ambiente adequado, que garanta o sigilo e que transmita segurança, para que a pessoa possa se expressar. Na consulta, é importante ser empático, iniciar por perguntas abertas, manter contato visual, evitar interromper a pessoa, principalmente no início do atendimento, e prevenir demandas aditivas.
- Não basta ter conhecimento técnico e saber realizar diagnósticos e tratamentos. É preciso aliar estes saberes a um cuidado centrado nas pessoas. Nesse sentido, o Método Clínico Centrado na Pessoa proporciona uma abordagem adequada na APS. Ele permite que o profissional não só reconheça a doença mas também que entenda o que a pessoa pensa sobre a sua saúde e qual a experiência que ela tem com o processo de adoecimento, quais os seus sentimentos, as suas ideias e as suas expectativas e como a doença afeta o seu funcionamento de vida. Além disso, aborda os contextos de trabalho, familiar e social nos quais a pessoa está inserida, bem como as suas crenças. A partir dessas informações, o profissional consegue definir melhor quais os problemas de saúde apresentados, quais são os objetivos comuns de tratamento, baseado nas expectativas da pessoa, e compartilhar a definição de um plano de cuidados capaz de definir, claramente, o papel de cada um.

Síntese da aula

- Todas as etapas contribuem para estabelecer e fortalecer a relação entre o profissional, a pessoa e, por vezes, a sua família. O MCCP proporciona que se conheçam a realidade e a cultura da comunidade em que se trabalha e as pessoas que ali vivem, permitindo um melhor desempenho dos atributos essenciais e complementares da Atenção Primária. Ao melhorar a compreensão sobre as pessoas que buscam atendimento, torna-se possível que se desenvolva não só as medidas habituais de promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também a prevenção quaternária. Com isso, podem-se evitar danos de intervenções diagnósticas ou de tratamentos desnecessários que podem causar danos às pessoas, bem como o sobrediagnóstico e o sobretratamento. Em última análise, o MCCP tende a aumentar a satisfação do profissional e das pessoas que o procuram, na medida em que consegue aliar as necessidades e as expectativas de ambos, além de propiciar uma redução de gastos desnecessários em saúde.

Nesta aula, estudamos o Método Clínico Centrado na Pessoa, a diferença entre as evidências em saúde orientadas para doenças e as que importam para a pessoa doente e, por fim, a prevenção quaternária. Agora, você consegue compreender os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa; reconhecer que as evidências e os resultados a serem alcançados com os Cuidados em Saúde devem se pautar no que importa para a pessoa que está doente; e entender o conceito e a aplicabilidade da prevenção quaternária.

Na próxima aula, trataremos do histórico, dos avanços e dos desafios das Políticas Farmacêuticas no Brasil, suas finalidades e diretrizes e as perspectivas da integração sistêmica da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde. Assim, ao concluí-la, você conseguirá compreender a Assistência Farmacêutica na perspectiva de integração na Rede de Atenção à Saúde.

Glossário

Método Clínico Centrado na Pessoa: é um modelo de abordagem que utiliza uma proposta metodológica, para que uma consulta atenda às necessidades e às expectativas dos profissionais da saúde e da pessoa, abrindo caminho para uma consulta adequada na Atenção Primária à Saúde².

Prevenção quaternária: ação feita para identificar um paciente ou população em risco de supermedicalização, protegê-los de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis⁴.

Sobrediagnóstico: ocorre quando alguém é diagnosticado com uma doença que não causaria nenhum dano – muitas vezes, como resultado da realização de programas de rastreamento –, o que pode levar a tratamentos desnecessários e desperdícios de recursos da saúde⁵.

Sobretreamento: ocorre quando um tratamento desnecessário é realizado a partir de um sobrediagnóstico, gerando desperdícios de recursos da saúde, com risco de provocar danos para a pessoa sem lhe trazer nenhum benefício⁵.

Referências

1. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
2. Lopes JMC, Dias LC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 132-42.
3. Umpierre R, Engel L. Tomando decisões compartilhadas: colocando a pessoa no centro do cuidado. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 143-5.
4. Jamoulle M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 255-61.
5. Moynihan R. Prevenção do sobrediagnóstico: como parar de causar danos às pessoas saudáveis? In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. p. 262-67.
6. Empatia e Simpatia. (31 de Janeiro de 2014). Acessado em 29 de Janeiro de 2019, em https://www.youtube.com/watch?v=_7BTwwVBrwE
7. Carrió, FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.



Material complementar



Livro (disponível on-line):

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: sistema GRADE – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 [acesso em 28 jan 2019]. Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/diretrizes-metodologicas?download=61:diretrizes-metodologicas-sistema-grade-manual-de-graduacao-da-qualidade-da-evidencia-e-forca-de-recomendacao-para-tomada-de-decisao-em-saude-1-edicao>

Artigo científico:

Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015 [acesso em 28 jan 2019];10(35):1-10. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011)

Aula 4 – Integração Sistêmica da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde

Jardel Corrêa de Oliveira
Matheus Pacheco de Andrade

Ementa da aula

Essa aula aborda o histórico, avanços e desafios das Políticas Farmacêuticas no Brasil, suas finalidades e diretrizes e as perspectivas da integração sistêmica da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde.



Objetivo de aprendizagem

Compreender a Assistência Farmacêutica na perspectiva de integração na Rede de Atenção à Saúde.



Introdução

Qual a interface entre os Sistemas de Saúde e as Políticas Farmacêuticas?

LEMBRE-SE!

Por que precisamos entender o Sistema de Saúde e a sua interface com as Políticas Farmacêuticas?



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

A Aula 1 deste módulo apresentou os desafios do SUS e a perspectiva de integração em Redes de Atenção à Saúde. Nesta aula, vamos resgatar e aprofundar alguns conceitos discutidos anteriormente, visando contribuir para o processo de aprendizagem e facilitar a nossa reflexão a respeito da integração da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde.

Antes de começarmos a discutir a Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde, é preciso compreender qual a interface dos Sistemas de Saúde com as Políticas Farmacêuticas. Você sabe o que são e quais os objetivos de um sistema de saúde em um país? Sobre os sistemas de saúde, pode-se afirmar que:

“[...] são um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade¹.”

Dessa forma, os sistemas de saúde têm como finalidade essencial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos. Os principais componentes dos sistemas de saúde são:

- Cobertura;
- Financiamento;
- Força de trabalho;
- Rede de serviços;
- Tecnologia e conhecimento;
- Organizações.

É importante compreendermos que os sistemas universais e públicos de saúde enfrentam um conjunto de desafios para garantir a implementação de suas diretrizes e a sua consolidação subsequente, conforme já discutido nas aulas anteriores. Dentre esses desafios, a garantia da coordenação do cuidado e da integração clínica tem sido considerada um objetivo prioritário em muitos países, com a finalidade de melhorar a qualidade e eficiência na atenção à saúde, prioritariamente voltada às condições crônicas, o que requer, entre outros requisitos, a integração de diversos profissionais e serviços de saúde².

Para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, torna-se imperativa a organização de redes assistenciais articuladas que considerem a evolução do perfil demográfico e epidemiológico da população, favorecendo mecanismos que garantam a continuidade dos cuidados de saúde³.

Entre as políticas públicas setoriais e transversais aos sistemas de saúde, as políticas farmacêuticas são consideradas relevantes para o processo de coordenação de cuidados e integração clínica, especialmente em sistemas integrados na perspectiva das redes de atenção à saúde⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

“Uma política farmacêutica nacional é um compromisso com um objetivo e um guia para ação. Expressa e prioriza as metas de médio e longo prazo estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico e identifica as principais estratégias para alcançá-las. Ele fornece uma estrutura dentro da qual as atividades do setor farmacêutico podem ser coordenadas. Abrange os setores público e privado e envolve todos os protagonistas no âmbito farmacêutico”⁵ (tradução nossa).

Fonte: “Imagens - Freepik ©”



A OMS reforça ainda que a política farmacêutica é um registro formal de aspirações, objetivos, decisões e compromissos de um país. Os objetivos gerais de uma política farmacêutica são ilustrados na Figura 10.

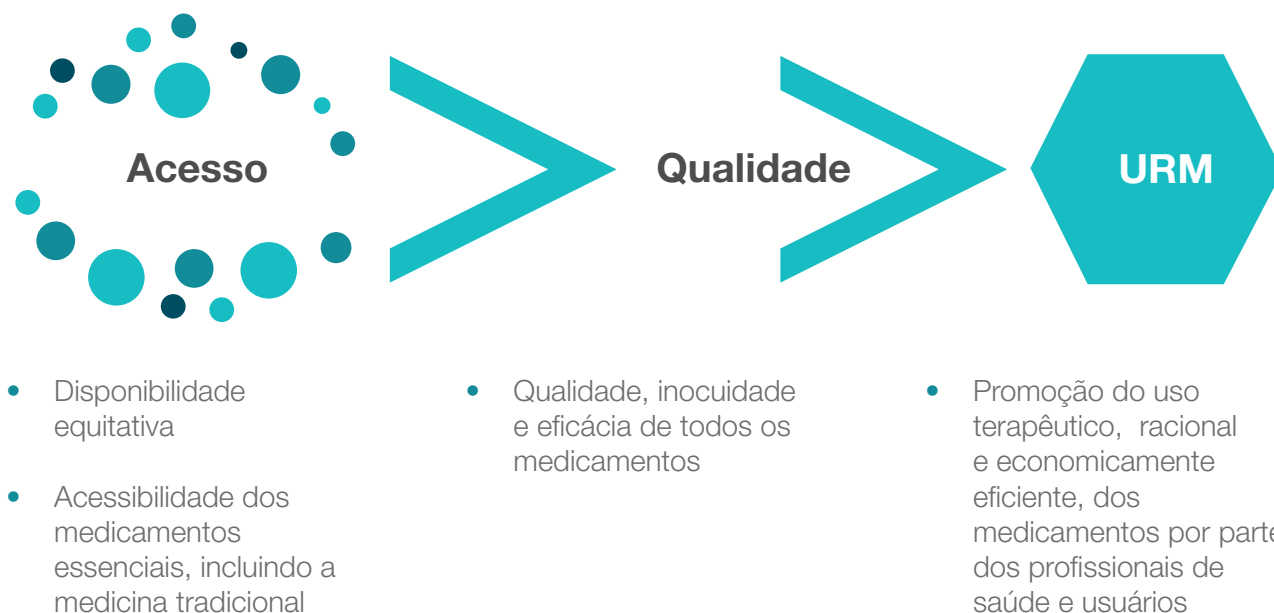


Figura 10. Objetivos gerais de uma Política Farmacêutica / Fonte: OMS⁶.

As metas e objetivos mais específicos de uma política farmacêutica nacional dependerão da situação de cada país, da política de saúde nacional e das prioridades políticas estabelecidas pelo governo⁶. Os diferentes modelos de sistema de saúde no mundo possuem como um dos seus desafios a promoção de políticas públicas que garantam o acesso de sua população a medicamentos essenciais com qualidade e a promoção do seu uso racional^{7,8}.

Dessa maneira, conhecer questões relativas às políticas farmacêuticas do nosso país torna-se necessário, entre outros aspectos, para identificarmos quais os seus impactos locais nos municípios brasileiros e, ainda, a fim de analisarmos quais as perspectivas de aprimoramento na oferta dos serviços farmacêuticos aos usuários do sistema.

Políticas Farmacêuticas no Brasil: estratégias, programas e ações de sua implementação no Sistema Único de Saúde

Após a reflexão inicial sobre a interface dos Sistemas de Saúde com as Políticas Farmacêuticas, vamos resgatar um breve histórico com as finalidades, as diretrizes e os principais marcos das Políticas Farmacêuticas no Brasil, bem como as estratégias, programas e ações desenvolvidos para a sua implementação no Sistema Único de Saúde, prioritariamente na Atenção Básica.

Considerando as Políticas Farmacêuticas como políticas públicas setoriais integrantes das políticas de saúde dos países, é importante compreendermos a sua natureza conceitual. O conceito mais difundido, adotado internacionalmente, enfatiza o caráter de

“[...] estratégia organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população”¹.

As políticas públicas se expressam por um conjunto de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a sociedade como um todo e, portanto, devem ser construídas a partir da participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar os direitos dos cidadãos. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde⁹ reforça em sua definição que, assim como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde surgem a partir de um processo de construção visando o suporte das ações de saúde que se sustentam sobre evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis. São estabelecidas por meio de leis e outras formas de normatização que definem regras, incentivos que orientem a provisão de serviços e programas de saúde, e o acesso a eles, de acordo com os objetivos e metas estabelecidas.

É importante enfatizar que para a construção de políticas efetivas, estas devem ser pautadas a partir das necessidades setoriais concretas, em consonância com os objetivos pretendidos, e desenvolvidas por estratégias, programas e ações que visem o seu resultado.

A implementação das Políticas Farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS)

No processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como orientação os princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988, os medicamentos e outras tecnologias em saúde são considerados como peça central do sistema, contribuindo para a prevenção de doenças e o cuidado em saúde¹⁰. A Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080/90, que regulamentou o SUS, assegurou a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica e a formulação da política de medicamentos entre os campos de atuação do SUS¹¹.

Entretanto, para compreendermos a construção e implementação das políticas farmacêuticas é importante entender como a temática dos medicamentos começou a adquirir centralidade na agenda governamental no Brasil.

No início da década de 70, por meio do Decreto nº. 69.451, de 1º de novembro de 1971, foi instituída a Central de Medicamentos (CEME), que era responsável pelo planejamento e coordenação dos mecanismos de seleção, produção, aquisição e distribuição dos medicamentos para o setor público^{12,13}. Algumas ações e iniciativas foram desenvolvidas naquele período, entre elas a homologação, em 1976, por meio da Resolução nº. 96 do Conselho Diretor da CEME, da Relação Nacional de Medicamentos Básicos que, em 1977, passa a ser denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Em 1987, foi criado o Programa Farmácia Básica, uma proposta governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde, por meio de um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da Rename^{14,15}.

Durante seu período de existência, a CEME foi a protagonista das ações relacionadas aos medicamentos no país. Entretanto, os estados e municípios brasileiros foram excluídos praticamente de todo o processo decisório, e o modelo se caracterizava por contradizer a proposta de descentralização presente na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, a Central de Medicamentos teve suas funções esvaziadas em sucessivos atos legais que levaram a sua desativação em 1997.

Com a extinção da CEME, intensifica-se uma ampla discussão a fim de definir uma política de medicamentos, que culminou com a edição da Política Nacional de Medicamentos (PNM) por meio da Portaria GM/MS nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998, cujo propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais¹⁶.



Fonte: "Imagens – Flaticon ©"

Considera-se este o marco regulatório de inclusão da Assistência Farmacêutica nas políticas públicas no país. A Portaria define, entre outras questões, a competência de cada esfera de governo em relação à assistência farmacêutica, e define a Assistência Farmacêutica (AF) como o

“[...] grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade¹⁵.”



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Foram aprovadas pela PNM diretrizes como a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais, o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos e a reorientação da assistência farmacêutica no país, com vistas a promover o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, com menor custo para a população. Essa reorientação está fundamentada no processo de descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na busca pela eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução dos custos dos medicamentos aos usuários¹⁶.

Apesar de o decreto criador da CEME incluir o termo Assistência Farmacêutica, somente após a promulgação da PNM com a reorientação da AF se propôs uma construção efetiva de AF integrada ao SUS, com definição clara de finalidades, objetivos e conjunto de atividades coerentes com os princípios constitucionais do direito à saúde¹⁷.

Além de estabelecer diretrizes como a organização das atividades de vigilância sanitária e a reorientação da assistência farmacêutica, a PNM tinha entre seus objetivos a promoção do uso de medicamentos genéricos. Sobre esse tema, destacamos em 1999 a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (www.anvisa.gov.br) e a instituição da Política de Medicamentos Genéricos (Lei 9.787/1999)¹⁸.

Levando-se em consideração a necessidade de assegurar recursos para a execução das atividades e a descentralização da gestão, de modo a torná-la eficaz, efetiva e eficiente, seguiu-se à Portaria GM/MS nº. 3.916/1998, a Portaria GM/MS nº. 176, de 08 de março de 1999, que criava o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB), tendo representado um marco na organização da Assistência Farmacêutica na atenção básica¹⁹. Em 2001, foi instituído pela Portaria GM/MS nº. 343/2001 outro incentivo à assistência farmacêutica básica, vinculado ao Programa Saúde da Família (PSF), que continha os mesmos medicamentos do IAFB e destinava-se apenas aos municípios que aderiram ao PSF²⁰.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Outro marco importante no contexto das Políticas Farmacêuticas no país foi a realização, em 2003, da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNAF), em que foi proposta uma reorientação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica²¹. E, após intensos debates e repercussões, em 2004, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que procurou redefinir a assistência farmacêutica como:

“[...] 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 população²².”

A partir de sua publicação, as normas e diretrizes da PNAF, além da PNM, constituem os elementos da agenda política setorial brasileira, e seus princípios e diretrizes estão intimamente relacionados. O texto aprovado na PNAF, artigo 1º, item II, transmite uma concepção de que esta política passa a ser a diretriz que norteia a formulação da política de medicamentos:

“[...] deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde [...]”²².

Em 2006, outro marco nas Políticas Farmacêuticas no Brasil foi a instituição, pelo Decreto nº. 5.813/2006, da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos²³. As diretrizes da política foram detalhadas como ações no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Portaria Interministerial nº. 2.960/2008, assinada por dez ministérios. O objetivo da Política e do Programa é “Garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional”²².



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Estratégias, programas e ações da Assistência Farmacêutica no SUS

Com a finalidade de mostrar de forma sistematizada as principais estratégias, ações e programas de assistência farmacêutica no SUS que envolvem responsabilidades interfederativas, optamos por apresentar aqueles que consideramos mais relevantes até a elaboração do material deste curso.

No Brasil, tradicionalmente, o financiamento das Políticas Farmacêuticas esteve atrelado à definição de elencos de medicamentos de uso ambulatorial. No entanto, em 2007 (Portaria MS nº. 204, de 29 de janeiro de 2007), foram regulamentados o financiamento e a transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde, seu monitoramento e controle, na forma de blocos de financiamentos, um dos quais destinado à assistência farmacêutica²⁴. A partir dessa regulamentação, o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica foi constituído por três componentes: o componente básico, o componente estratégico e o componente especializado. As responsabilidades dos entes federados na execução e financiamento dos componentes estão regulamentadas em Portarias específicas atualizadas periodicamente.

Recentemente, a Portaria nº. 3.992, de 28/12/2017 alterou a Portaria de Consolidação nº. 6/GM/MS de 28/09/2017, a qual contemplava, por sua vez, o conteúdo da Portaria nº 204/2007 acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. Os recursos federais para as ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo passaram a ser realizados em apenas um bloco, em conta única para recursos de custeio, mantendo-se grupos de ações dentro do bloco, incluindo a Assistência Farmacêutica²⁵.

Podemos destacar alguns programas federais, instituídos pelo governo federal, a partir das definições da PNM e PNAF. Dentre eles, o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que apresenta as ações da Política Nacional de Fitoterápicos²³ e que propõe:

- Inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS, com segurança, eficácia e qualidade, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.
- Promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros.
- Promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos.
- Construir e/ou aperfeiçoar marco regulatório em todas as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, a partir dos modelos e experiências existentes no Brasil e em outros países, promovendo a adoção das boas práticas de cultivo, manipulação e produção de plantas medicinais e fitoterápicos.
- Desenvolver instrumentos de fomento à pesquisa, desenvolvimento de tecnologias e inovações em plantas medicinais e fitoterápicos, nas diversas fases da cadeia produtiva.
- Desenvolver estratégias de comunicação, formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos. Promover o uso sustentável da biodiversidade.

SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, assista o vídeo divulgado pelo Ministério da Saúde na página do Programa, que apresenta objetivos e alguns aspectos de seu funcionamento²⁶.



Fonte: "Imagens – Freepik ©"

Outro programa instituído para atender os objetivos das políticas farmacêuticas públicas do país é o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), criado em 2004 pelo Governo Federal como nova modalidade de promoção do acesso a medicamentos, especialmente para pessoas com baixa renda e usuárias de planos privados de saúde, portanto, visando camadas da população não usuárias do SUS²⁷.

O PFPPB disponibiliza um rol de produtos subsidiados pelo governo, utilizando sistema de copagamento. O programa passou por mudanças ao longo do tempo, e foi implementado por meio de três modelos institucionais apoiados pelo governo, não excludentes:

- (a) farmácias estatais, da chamada Farmácia Popular Rede Própria (FPRP), finalizado em 2017;
- (b) expansão em 2006, em parceria com o comércio farmacêutico, denominado posteriormente Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP);
- (c) isenção de copagamento, em 2011, em todas as farmácias no âmbito do Programa, para anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos, conhecido como Saúde Não tem Preço (SNTF)²⁶.

SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre o Programa Farmácia Popular, elenco de medicamentos, farmácias credenciadas entre outras informações acesse a página do Programa no Portal do Ministério da Saúde²⁸.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Naquele mesmo momento histórico das ações de execução das políticas públicas farmacêuticas, em 2012 foi instituído o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), por meio da Portaria nº. 1.214, de 13 de junho de 2012, que tem por finalidade

“[...] contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica às ações e aos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada à população brasileira²⁹.”

Dividido em quatro eixos, o Qualifar-SUS preconiza ações de estruturação física dos serviços farmacêuticos (Eixo Estrutura), a promoção da educação permanente e da capacitação dos profissionais na lógica das RAS (Eixo Educação), a disponibilização de informações sobre as ações e os serviços da Assistência Farmacêutica praticada no âmbito do SUS (Eixo Informação) e a elaboração de propostas de inserção da Assistência Farmacêutica (Eixo Cuidado) nas práticas clínicas.

SAIBA MAIS!

Para mais informações sobre o Qualifar-SUS e as ações executadas em seus quatro eixos, acesse a página do Programa no Portal do Ministério da Saúde³⁰.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Alguns instrumentos considerados inovações tecnológicas foram desenvolvidos para a execução das políticas farmacêuticas públicas instituídas no país, como o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica Hórus, que foi concebido em 2009 e tem por objetivo qualificar a gestão da assistência farmacêutica nas três esferas do SUS, e contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e da atenção à saúde prestada à população³¹. O Hórus foi desenvolvido para gestão dos medicamentos e insumos dos Componentes da Assistência Farmacêutica e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS).

Outro instrumento, instituído em 2013 pela Portaria n.º. 271/2013/GM/MS, foi a Base Nacional de dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS³², hoje regulamentada pela Portaria de Consolidação n.º. 1/MS, de 28/09/2017³³. O seu objetivo é a formação de uma base de dados que permita o monitoramento constante e sistemático das políticas de saúde no SUS, envolvendo o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

A Base é constituída por dados do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), serviço de envio de dados (WEB service) e Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular.

Mais informações sobre a Base Nacional de dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde³⁴.

Também se destacam os aplicativos desenvolvidos para facilitar o acesso dos usuários do SUS e contribuir com o uso racional dos medicamentos. Dentre eles, o MedSUS, aplicativo que apresenta a lista de medicamentos indicados pelo SUS, e o HÓRUS Cidadão, que disponibiliza medicamentos e histórico de medicamentos para o paciente.

LINK

Para baixar os aplicativos, acesse o link:
<<http://portalms.saude.gov.br/aplicativos>>



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

As estratégias, programas e ações instituídas a partir da publicação da PNM e PNAF, apresentadas nesta seção, trouxeram vários avanços para esse campo setorial, recolocando a assistência farmacêutica na agenda do Governo Federal³⁵. Seguiremos o nosso estudo apresentando os principais avanços e desafios da Assistência Farmacêutica no SUS.

Avanços e desafios da Assistência Farmacêutica no SUS

Vocês devem ter percebido que a seção anterior apresentou o processo histórico da construção das políticas, estratégias, programas e ações da Assistência Farmacêutica Pública desenvolvidas em nosso país. Após essa recapitulação, vamos agora analisar quais foram os principais resultados alcançados nesse período, e os desafios que ainda encontramos no dia a dia da gestão nos municípios brasileiros.

De forma didática, optamos por apresentar os avanços e desafios nas diversas dimensões que consideramos importantes quando avaliamos a implementação das Políticas Farmacêuticas Públicas em nosso país. São elas:



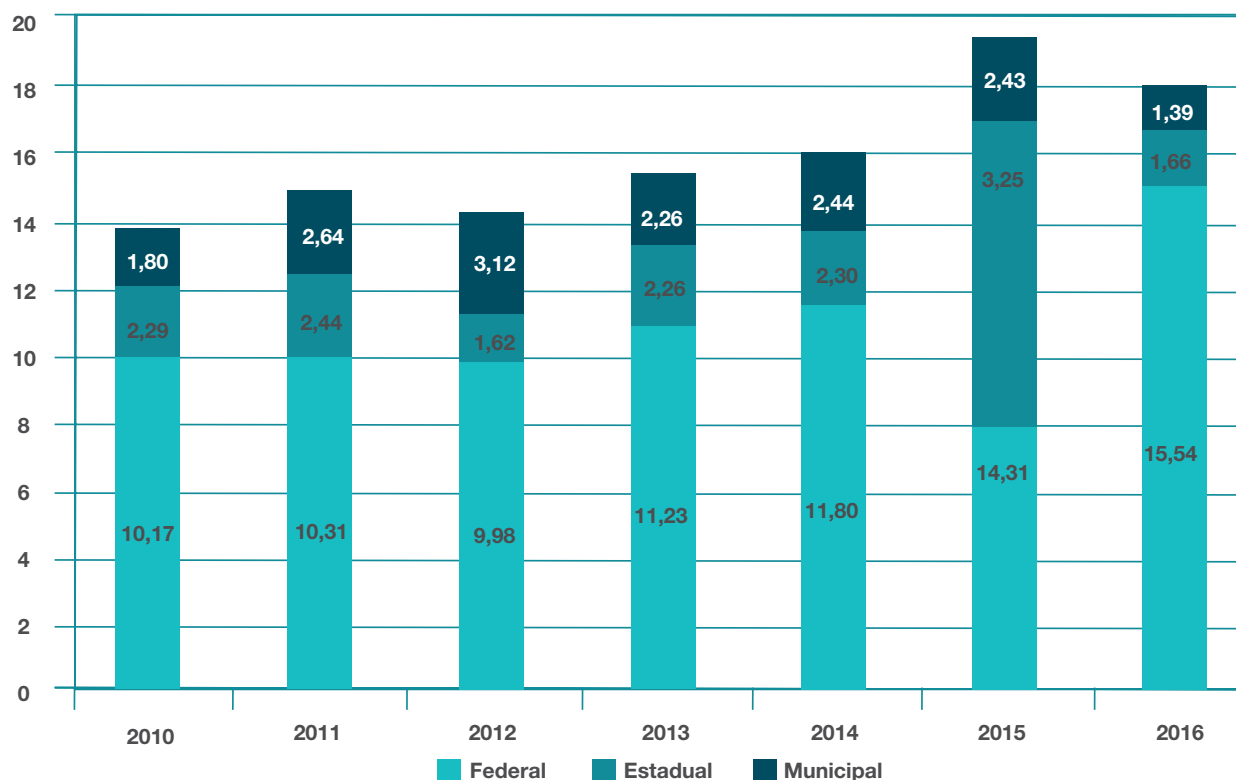
- Pactuação interfederativa e financiamento.
- Acesso aos medicamentos.
- Desenvolvimento e qualificação dos serviços farmacêuticos.
- Uso racional de medicamentos.
- CIÊNCIA, TECNOLOGIA & INOVAÇÃO (CT&I).

Figura 11. Dimensões avaliativas da implementação das Políticas Farmacêuticas Públicas no Brasil.
Fonte: Elaboração própria.

Na primeira dimensão apresentada, **pactuação interfederativa e financiamento**, observou-se, ao longo da última década, o aperfeiçoamento desse processo na Assistência Farmacêutica Pública, especialmente quanto às responsabilidades executivas e de financiamento da assistência farmacêutica entre as gestões. Esse processo busca fortalecer a participação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) na gestão da política e nas interações intergestores, a fim de avançar em estratégias favoráveis à consolidação da assistência farmacêutica no SUS, em todo o país. As estratégias pactuadas de forma compartilhada nas Comissões Intergestores têm buscado, gradativamente, estabelecer vínculos mais estreitos com a instância municipal, de forma a potencializar ações locais³⁶.

Também verificamos, ao longo dos últimos anos, que houve um aumento expressivo no gasto com medicamentos nas três esferas de gestão. Você sabe o quanto representa esse aumento?

Segundo artigo publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o gasto do SUS com medicamentos passou de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016 (-7% nos últimos dois anos)³⁷. Vamos observar no gráfico a seguir essa evolução para cada ente da federação.



Fonte: Siga Brasil e Siops.
Nota: Valores de 2016

Figura 12. Brasil: gasto com medicamentos por esfera de governo – valores liquidados (2010-2016)
Fonte: Vieira³⁷

A ampliação nos gastos com medicamentos é consequência das prioridades dos governos e do conjunto de medidas governamentais que permitiram o aprimoramento nos processos de pactuação no SUS, as definições de responsabilidades dos gestores do sistema de saúde, a seleção e incorporação de medicamentos na Rename, entre outros fatores.

PESQUISE E REFLITA!

Busque e discuta com a equipe do seu município qual foi o gasto, no último ano, com medicamentos para a Atenção Básica e o quanto esse valor representa, em percentual, no gasto total da saúde.



Diante dos investimentos e estratégias interfederativas citadas, tornou-se imperativo identificar de que modo está sendo praticada a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no SUS. Considerando essa necessidade, o Ministério da Saúde formulou, financiou e coordenou, conjuntamente com pesquisadores de diferentes instituições de ensino no país, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – Informações detalhadas sobre a PNAUM estão disponíveis para consulta em sua página, no portal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em: <http://www.ufrgs.br/pnaum>.

O objetivo da PNAUM foi avaliar o acesso, a utilização e o uso racional de medicamentos, por parte da população brasileira, além de avaliar as políticas públicas farmacêuticas e sua efetivação na Atenção Básica do SUS³⁶.

Nessa pesquisa foram analisadas, em relação ao **acesso aos medicamentos pela população**, as dimensões da disponibilidade, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, adequação e aceitabilidade. A maioria dos usuários obteve os medicamentos necessários nas farmácias do SUS, tendo na **dimensão disponibilidade**, 59,8% dos usuários declarado ter acesso total aos medicamentos; 35,9 % acesso parcial e 4,3% não ter acesso aos medicamentos. Quanto à **acessibilidade geográfica**, 60% dos usuários informaram que a unidade básica de saúde não ficava longe de sua residência, 83% afirmaram ser muito fácil/fácil chegar até a unidade e a maioria dos usuários relatou caminhar (64,5%). Para **adequação**, a unidade foi avaliada como muito bom/bom para os itens conforto (74,2%) e limpeza (90,9%), e 70,8% dos usuários relataram não ter de esperar para retirar seus medicamentos. Sobre a **aceitabilidade**, para 93,1% dos usuários os atendimentos nas unidades dispensadoras de medicamentos são com respeito e cortesia pelos funcionários, e 90,5% declararam ser muito bom/bom o atendimento das unidades³⁸.

Fonte: "Imagens - Freepik ©"



No tocante ao **desenvolvimento e qualificação dos serviços farmacêuticos** no SUS, percebem-se avanços primordiais, tais como a definição pelo Ministério da Saúde das Diretrizes de Estruturação das Farmácias no SUS³⁹ e a instituição de programas e instrumentos tecnológicos, conforme vimos anteriormente, dos quais destacamos: o desenvolvimento e a disponibilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus (mais informações no link: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus>); a instituição do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), cuja finalidade é contribuir para o processo de aprimoramento e integração das atividades da Assistência Farmacêutica nas redes de atenção à saúde²⁹; e a criação da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS³².

No contexto da **qualificação dos serviços farmacêuticos**, cabe destacar os processos de capacitação de recursos humanos em AF. Observam-se avanços com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com a ampliação do programa Pró-Saúde para a Assistência Farmacêutica e com a publicação da Portaria nº. 2.981/2009¹⁷, que estabelecia a utilização de determinada porcentagem de recursos financeiros do Componente Básico da AF para estruturação e atividades ligadas à educação continuada e a diferentes iniciativas do Ministério da Saúde para o fortalecimento da AF mediante capacitação dos recursos humanos envolvidos, principalmente os farmacêuticos, com cursos presenciais e a distância, que foram sistematizados com o estabelecimento do programa Qualifar-SUS no eixo educação¹⁷.

Quanto aos avanços observados no **Uso Racional de Medicamentos**, a elaboração de um conjunto de documentos técnicos que apoiam os profissionais de saúde na tomada de decisão melhorou a comunicação dos profissionais de saúde entre si e com os usuários, e facilitou as ações de educação permanente, entre outras vantagens. Podemos apontar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename – disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename>), os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (disponíveis em: <http://conitec.gov.br/protocolos-e-diretrizes>) e o Formulário Terapêutico Nacional como alguns exemplos. Além desses documentos, também foram desenvolvidos e disponibilizados aos profissionais de saúde e usuários um conjunto de aplicativos que auxiliam na promoção do acesso e do uso correto dos medicamentos, citados anteriormente.



Fonte: "Imagens – Flaticon ©"



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, instituído em 2007, com redefinições em 2013^{40,41}, conta com representação de várias instituições e tem desenvolvido ações como a organização de eventos, sendo o Congresso Brasileiro de Uso Racional de Medicamentos o principal deles, além de materiais educativos, recomendação de ações regulatórias e campanhas.

Na dimensão da **Ciência, Tecnologia & Inovação**, observou-se a definição de um conjunto de marcos regulatórios estratégicos para o desenvolvimento da área no país, tais como a aprovação da Política de Genéricos (Lei 9.787/99), que estimulou o crescimento do setor nacional privado; a publicação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCTI), aprovada em 2004, na 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, e publicada em 2008, que incorporou os princípios do mérito científico e relevância social; e a inserção do Complexo Industrial da Saúde (CIS) entre os eixos estratégicos do planejamento em saúde do governo federal^{42, 43, 44}.

Na última década, as Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP) foram estabelecidas como arranjos de transferência de tecnologia para fortalecer esses dois segmentos, considerando produtos adquiridos pelo SUS na perspectiva de demanda constante, sem concorrência⁴⁵. Destaca-se também a instituição da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), pela Portaria nº. 2.690 de 2009⁴⁶. A PNGTS despontou como um instrumento norteador para o processo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no Brasil, no entanto, somente com o advento da Lei nº. 12.401 de 2011 e a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), a ATS passou a subsidiar legalmente a tomada de decisão no âmbito do SUS. A CONITEC foi instituída por meio da referida Lei e regulamentada pelo Decreto nº. 7.646, de 21 de dezembro de 2011, e tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde (MS) nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, e na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)⁴⁷.

Vamos, agora, observar o Quadro 2 e analisar alguns desses avanços.

AVANÇOS					
PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA E FINANCIAMENTO	ACESSO AOS MEDICAMENTOS (disponibilidade, acessibilidade geográfica, aceitabilidade)	QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	CIÊNCIA, TECNOLOGIA & INOVAÇÃO (CT&I)	
Aperfeiçoamento do processo de pactuação interfederativa	Quase 60% dos usuários declaram ter acesso total aos medicamentos nas farmácias da Atenção Básica do SUS	Estabelecimento de Diretrizes para estruturação das farmácias no sus	Atualização permanente da Rename	Aprovação da Política de Genéricos (Lei 9.787/99), que estimulou o crescimento do setor nacional privado	
Definição das responsabilidades executivas dos três entes da federação	Unidades Básicas de Saúde não são distantes da residência dos usuários	Desenvolvimento e disponibilização de sistema informatizado para gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus)	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêutica; Formulário Terapêutico Nacional e outros documentos de apoio aos profissionais no sistema	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (PNCTI), aprovada em 2004, na 2ª Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde e publicada em 2008, que incorporou os princípios do mérito científico e relevância social	
Aumento do gasto com medicamentos pelos três entes da federação	Usuários consideraram o atendimento muito bom/ bom e avaliaram o tratamento pelos funcionários como respeitoso e cortês	Institucionalização de recursos para a estruturação dos serviços farmacêuticos	Aplicativos voltados aos profissionais de saúde e usuários: MedSUS, Hórus Cidadão	Inserção do Complexo Industrial da Saúde (CIS) entre os eixos estratégicos do planejamento em saúde do governo federal	
	A maior parte dos usuários mostrou-se satisfeita com os serviços da assistência farmacêutica dos municípios brasileiros e a satisfação com o atendimento apresentou-se como fator relevante na satisfação geral do usuário	Criação do Programa federal Qualifar-SUS	Criação do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (com redefinições em 2013)	Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP) estabelecidas como arranjos de transferência de tecnologia	
		Desenvolvimento da Base Nacional de dados de Ações e Serviços da AF		Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), instituída pela Portaria nº2.690 de 2009	
				Criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)	

Quadro 2. Principais avanços das políticas, estratégias, programas e ações da Assistência Farmacêutica no SUS

Fonte: Elaborado com base em Costa, Tavares, Nascimento Junior, Mengue, Álvares, Guerra Junior et al.36; Álvares, Guerra Junior, Araújo, Almeida, Dias, Ascef et al.38; Ministério da Saúde29, 32, 41, 43, 46; Quental, Abreu, Bomtempo e Gadelha42; Chaves, Azeredo, Vasconcelos, Ruiz, Scopel, Oliveira e Hasenclever45; Biella e Petramale47; Nascimento, Álvares, Guerra Junior, Gomes, Costa, Leite et al.49; Mendes, Campos, Chaves, Silva, Freitas, Costa, Luiza50; Barros e Bertoldi51; Lei nº. 9.787/199918.

Para as mesmas dimensões, desde a nossa perspectiva, buscamos apresentar alguns dos desafios das políticas, estratégias, programas e ações da Assistência Farmacêutica no SUS. No entanto, cabe ressaltar que alguns dos desafios são inerentes ao SUS, ou seja, são desafios que o Sistema enfrenta e que implicam diretamente na execução de suas políticas e ações.

Aquele considerado um dos maiores desafios para os próximos anos será superar a questão do **financiamento do SUS**. O processo histórico de subfinanciamento do SUS foi agravado com a aprovação da Emenda Constitucional nº 86/2015 e com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, ambas pelo Congresso Nacional a partir de iniciativas do Poder Executivo. O congelamento dos recursos federais pode responsabilizar ainda mais os outros entes da Federação.

Considerando que o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, a redução do gasto com saúde e dos gastos com políticas sociais de uma forma geral afetará os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e para a não efetivação do direito à saúde no país³⁷.



Fonte: "Imagens – Flaticon ©"

Atualmente, a União, que detém 60% da arrecadação da carga tributária, arca com 42% do financiamento do SUS, enquanto os municípios arrecadam 17% da carga tributária brasileira e se responsabilizam por 32% do financiamento do SUS. No entanto, a gestão tripartite do SUS, partilhada pelas esferas federal, estadual e municipal, como uma das primeiras expressões do federalismo norteado pela Constituição de 1988, exige capacidade de diálogo e de escuta qualificada, para que a autonomia de cada um dos entes seja respeitada⁴⁸.

Dessa maneira, para a garantia do acesso aos medicamentos e serviços farmacêuticos à luz dos princípios e diretrizes do SUS, a questão do subfinanciamento apresenta-se como uma barreira e limitador para o cumprimento das exigências constitucionais.

Fonte: "Imagens - Freepik ©"



No campo da Assistência Farmacêutica no SUS, um dos desafios é o **acesso a medicamentos** de forma universal, equânime e resolutiva para a população³⁸. Além disso, verifica-se nas unidades dispensadoras de medicamentos na Atenção Básica baixa disponibilidade de medicamentos de aquisição centralizada⁴⁹ e baixa disponibilidade média dos medicamentos-chave, mostrando-se inversamente associada com a organização geral da unidade de saúde em geral e da assistência farmacêutica em particular⁵⁰. São alarmantes as evidências de que os gastos com medicamentos são os principais responsáveis pelo gasto em saúde, ficando em torno de 45,0% da despesa em saúde das famílias e onerando, sobretudo, os mais pobres^{51,52}. Quanto à capacidade aquisitiva, 13% dos usuários deixaram de comprar algo importante para cobrir gastos com problemas de saúde e 41,8% apontaram a despesa com medicamentos³⁸.



Fonte: "Imagens - Pixabay ©"

Para o desenvolvimento e qualificação dos serviços farmacêuticos, alguns desafios ainda estão postos, como as dificuldades relacionadas à força de trabalho da AF e recursos humanos sem a devida qualificação^{53, 54, 55}, principalmente para o desenvolvimento das práticas clínicas e integração das práticas profissionais com a equipe de saúde no sentido de garantir a integralidade. Ainda, há barreiras que não serão derrubadas apenas com esforços de capacitação, por exemplo a ambiência das unidades farmacêuticas se apresenta, na maioria das unidades, como inadequada, e a sua estruturação deve estar atrelada com os demais processos de organização dos serviços de saúde da Atenção Básica⁵⁶.

Na dimensão do **Uso Racional de Medicamentos (URM)**, no cenário histórico após a implementação das políticas farmacêuticas públicas no país, a AF se constituiu como uma área de suprimentos e logística, voltada ao apoio das ações e serviços de saúde, com pouca inserção nas práticas sociais de cuidado e prestação de serviços farmacêuticos dirigidas ao uso correto de medicamentos¹⁷. Estudos apontam que as atividades de natureza clínica e a institucionalização do serviço de cuidado farmacêutico ainda são incipientes na Atenção Básica⁵⁷. Nas próximas aulas, vamos apresentar para vocês os resultados e impactos do serviço de cuidado farmacêutico já instituído no Brasil, além de estudos internacionais que apontam as evidências dos benefícios desse serviço para os usuários e para a gestão.

Na **Ciência, Tecnologia & Inovação**, em que pese um conjunto de avanços observados, em especial na construção e institucionalização de marcos regulatórios na área, verificamos que os desafios ainda são estruturantes, tais como os aspectos relacionados à capacitação tecnológica no país; à fragilidade na base produtiva, resultando em baixa capacidade de contribuir efetivamente para o acesso a medicamento; à vulnerabilidade e dependência na área, entre outros.

Reforça-se, nessa área, o papel do Estado na formulação de políticas públicas voltadas para agendas estratégicas de desenvolvimento, que podem contribuir para que o caminho entre a pesquisa, produção e disponibilidade de produtos e serviços de saúde para as pessoas gere um círculo virtuoso entre crescimento econômico e desenvolvimento, alinhados à inclusão social. Assim, a busca de uma ação integradora das várias dimensões do desenvolvimento em saúde visa favorecer o acesso à saúde em bases universais, integrais e equânimes⁵⁸.

Fortalecer a regulação da introdução de novas tecnologias no SUS, destacando a importância da CONITEC e a atuação conjunta com o Poder Legislativo, também se apresenta como desafio para os próximos anos, visando, além de atender aos princípios do SUS e à sustentabilidade do Sistema, a garantia da segurança do paciente com o uso adequado das tecnologias.

A Assistência Farmacêutica na perspectiva de integração nas Redes de Atenção à Saúde

Depois que percorremos brevemente o histórico, as finalidades, as diretrizes e os principais marcos das políticas, estratégias, programas e ações da Assistência Farmacêutica no SUS e, ainda, analisamos alguns dos avanços e desafios alcançados até então, o tema 3 busca contribuir para reflexão de quais são as perspectivas da integração da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde no contexto do nosso Sistema de Saúde. Vamos lá?

“A fragmentação dos sistemas de saúde provoca carências estratégicas na visão global e ineficiências operativas claras, que afetam os custos e os resultados, impactando diretamente na sustentabilidade e na rentabilidade social dos investimentos em saúde”⁵⁹.

No caso do SUS, essa fragmentação pode ser identificada em vários aspectos, tais como: fragilidade na articulação das instâncias gestoras do sistema entre si e entre essas e a gerência dos serviços; desarticulação entre os serviços de saúde e entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos⁶⁰.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Essa acentuada fragmentação compromete diretamente a coordenação do cuidado e, sobretudo, o papel da atenção básica na responsabilização do cuidado nos diferentes pontos da rede por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, conforme define a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil.

Cabe destacar que o processo de integração sistêmica que vem sendo perseguido pelos sistemas de saúde, e em particular no caso do SUS, exige intervenções sistêmicas nas diferentes unidades funcionais que compõem a rede, e integração na dimensão tanto dos serviços de saúde quanto das práticas profissionais. Conseqüentemente, é imprescindível definir um conjunto de iniciativas direcionadas à qualificação, organização e integração de estruturas ou processos relacionados a esses serviços e às práticas profissionais que neles se desenvolvem, sempre priorizando a Atenção Básica⁶⁰, reconhecendo as inovações, o desenvolvimento científico e tecnológico e também a sustentabilidade no país, na perspectiva da oferta do cuidado integral.

É necessário que o paciente seja visto de forma transversal nos Sistemas de Saúde, e, para isso, o medicamento deve ter sua gestão integrada entre os diferentes serviços e profissionais. A existência de diferentes visões terapêuticas, a falta de comunicação entre os profissionais ou as distintas perspectivas assistenciais resultam em decisões heterogêneas que afetam a utilização dos recursos terapêuticos farmacológicos a nível individual e populacional. Portanto, um nível de coordenação das decisões e a gestão do cuidado farmacêutico, capazes de integrar coerentemente as ações de diferentes profissionais para garantir a máxima eficácia e o risco mínimo nas terapias, constitui o fator facilitador da coordenação assistencial. Desde essa perspectiva, no processo de coordenação de cuidados e integração clínica, os serviços farmacêuticos podem e devem agir como catalisadores para todos os elementos de apoio a atividades e critérios clínicos entre profissionais, e também entre profissionais e pacientes⁵⁹.

E o que são serviços farmacêuticos?

Para o nosso curso estamos considerando que:

“Os serviços farmacêuticos constituem-se no conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas), e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade. Esse conjunto de atividades compreende tanto atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio) quanto clínicas (atividades finalísticas) dirigidas a indivíduos, família e comunidades^{61, 62, 63,64}.”

É preciso entender que a assistência farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, administrativa e política, e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde é estratégica para o Sistema de Saúde, uma vez que promove o acesso, o uso racional e responsável de medicamentos, por meio de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial. Ademais, a demanda crescente por medicamentos envolve elevado aporte de recursos financeiros, cujo gerenciamento efetivo pode propiciar o acesso regular aos medicamentos pela população, conforme apontamos no tema 2 desta aula. Portanto, a assistência farmacêutica exerce um importante papel no setor produtivo, na inovação e no desenvolvimento tecnológico e, de outro lado, é essencial na prestação de serviços, propiciando integralidade e resolutividade às ações de saúde⁶⁵.

No Brasil, o modelo vigente da assistência farmacêutica não atende os princípios e diretrizes propostos pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) em sua totalidade. Assim, é preciso superar a fragmentação das ações e serviços da assistência farmacêutica, avançando conjuntamente na perspectiva da rede⁶⁶. É imprescindível a integração da assistência farmacêutica nas RAS como uma ação e serviço de saúde, e, para isso, a sua estruturação e organização tem sido considerada uma estratégia fundamental para qualificar o acesso da população aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos⁶⁵.

Porém, a inserção e o desenvolvimento da AF ainda se encontram em descompasso com relação ao conjunto de ações e serviços do SUS e das necessidades de saúde da população. Nesse sentido, torna-se essencial a discussão sobre o papel da assistência farmacêutica no atual estágio de desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil, e sobre como avançar conjuntamente na perspectiva das RAS, que buscam responder, de forma organizada e integrada, às demandas de saúde da população brasileira⁶⁵.

Quando pensamos em uma Sistema Integrado na perspectiva de uma rede de atenção à saúde, três são os elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde, como apresentado em mais detalhes na Aula 1 deste curso. Neste tema, vamos refletir com vocês sobre como a assistência farmacêutica deveria estar inserida na estrutura operacional de uma RAS.

LEMBRE-SE!

“A Rede de Atenção à Saúde 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”⁶⁶.



Fonte: “Imagens – Flaticon ©”

Em 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria no 4.279, as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS⁶⁷.

O desenho das redes de atenção à saúde deve ser flexível, respeitando as características de cada região e buscando soluções singulares, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde, conforme aponta Lavras⁶⁰.

Em sua estrutura operacional, proposta na Portaria, o Sistema de Assistência Farmacêutica constitui um Sistema de Apoio à rede de atenção à saúde, que englobaria a organização das seguintes etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos⁶⁸.

Você sabe o que são os Sistemas de Apoio?

Lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica e pelos sistemas de informação em saúde⁶⁷.



Figura 13. Exemplo de unidade constituinte do Sistema de Apoio a RAS.
Fonte: Elaboração própria.

E o que são os Pontos de Atenção à Saúde?

São entendidos como espaços nos quais se ofertam determinados serviços de saúde, como as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de atenção psicossocial, entre outros, e se diferenciam-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam⁶⁷.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: domicílios, unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais especializadas, serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Nos hospitais podem haver distintos pontos de atenção à saúde, tais como: ambulatório de pronto atendimento, unidade de cirurgia ambulatorial, centro cirúrgico, maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros⁶⁷.



Legenda:

Centro coordenador: unidade básica de saúde (UBS)

Ponto de Atenção Secundário: Centro de Referência em DST/AIDS

Ponto de Atenção Terciário: Hospital

Figura 14. Exemplos de ponto de atenção na RAS
Fonte: Elaboração própria.

Lavras considera que:

Os pontos de atenção que compõem as redes de atenção à saúde são, portanto, unidades funcionais, que exigem condições tecnológicas diferenciadas e específicas (estrutura física; equipamentos e insumos; perfil dos profissionais; conhecimento técnico específico) e campo de atuação bem definido, para oferta de um conjunto de ações de saúde. Já os pontos de apoio diagnósticos e terapêuticos constituem-se também em unidades funcionais que ofertam procedimentos de apoio tais como: diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas, métodos gráficos etc.⁶⁰

Considerando esses pressupostos, deve-se entender que para a assistência farmacêutica integrar a RAS de forma sistêmica, ela deve prestar os serviços farmacêuticos por meio das atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos) na função de apoio à rede e, ofertar, nos diferentes pontos de atenção da RAS, o cuidado farmacêutico, na dimensão clínico-assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, voltados aos indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde.

Ou seja, em um município, a assistência farmacêutica deveria integrar a rede de atenção à saúde como sistema de apoio para garantir o abastecimento dos medicamentos, nas diferentes unidades funcionais. As atividades técnico-gerenciais a serem desenvolvidas devem estar integradas e sincronizadas com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, no momento em que ele precisa, com suficiência, regularidade e qualidade⁶⁸, e atender as necessidades singulares da rede de atenção à saúde.

Assim, desde o planejamento do conjunto de ações da assistência farmacêutica; o abastecimento adequado, tanto na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) quanto nas unidades funcionais da rede ou nas farmácias em edificação exclusiva; a seleção racional e baseada em evidências científica dos medicamentos com a definição da relação municipal desses; a programação baseada no planejamento integrado às demandas da rede, considerando a relação de medicamentos e as necessidades da população adscrita; a aquisição observando qualidade, suficiência, regularidade e menor custo; o armazenamento, assegurando a conservação e preservação, a qualidade e controle de estoque; e a distribuição dos medicamentos e insumos para todos as unidades da rede, são consideradas atividade de apoio que viabilizam o funcionamento dos serviços de saúde na rede⁶⁸.

No entanto, o grande desafio e, ao mesmo tempo, a oportunidade que se apresenta nesse contexto, para maior contribuição da assistência farmacêutica na busca da integração sistêmica do SUS, é a oferta do cuidado farmacêutico nos diferentes pontos de atenção. Para isso, além da estrutura física, equipamentos e insumos adequados e suficientes na rede, será imprescindível avançar:

- **No fortalecimento dos processos de capacitação, na perspectiva da integração das práticas profissionais, visando o cuidado em saúde integrado; e, no caso específico do profissional farmacêutico, os processos de formação devem estar alinhados com as novas regulamentações da formação do profissional e do exercício da profissão, que serão abordados na Aula 7;**
- **Nas atividades técnico-pedagógicas;**
- **No desenvolvimento e institucionalização do cuidado farmacêutico na rede.**



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

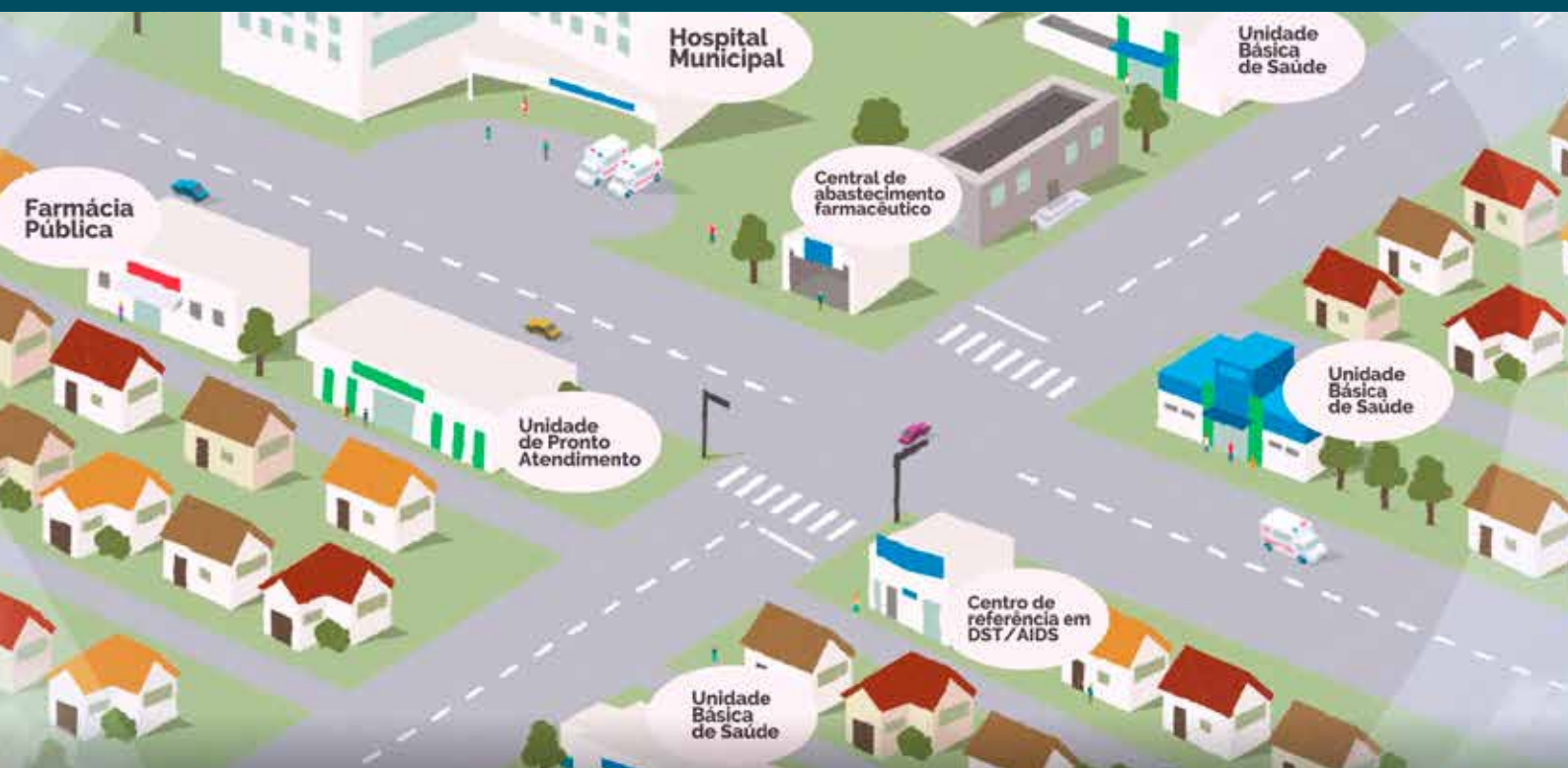


Figura 15. Perceptiva de integração da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde
Fonte: Elaboração própria.

**E COMO SE DARIA A INTEGRAÇÃO SISTÊMICA
DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA
REALIDADE DO SERVIÇO?**

Lembrando o que trouxemos na Aula 1, tomando como exemplo uma RAS de pessoas vivendo com HIV e Aids, como a AF poderia ser integrada de forma sistêmica, considerando o que foi exposto?

Nos pontos de atenção da RAS, seja uma unidade básica ou centro de especialidades, a depender da organização da rede local, devem ser desenvolvidos serviços farmacêuticos relacionados às atividades técnico-gerenciais fundamentais para garantir o acesso aos medicamentos antirretrovirais. Tais atividades incluem a programação, controle de estoque e armazenamento dos medicamentos, visando assegurar a sua qualidade e disponibilidade adequada e suficiente para atendimento dos usuários. Entretanto, na perspectiva da integração sistêmica da AF na rede, entende-se que é primordial ir além, com a oferta de serviços de Cuidado Farmacêutico de acordo com as necessidades dos pacientes relacionadas aos medicamentos, e que podem reunir distintos níveis de complexidade e demanda de cuidados.

Tomando como exemplo uma unidade da rede onde as pessoas recém-diagnosticadas com HIV e que não possuem comorbidades, sinais e sintomas de imunodeficiência ou contraindicação ao esquema de tratamento de primeira linha iniciam seu tratamento e fazem acompanhamento com as equipes de APS, além da dispensação dos medicamentos antirretrovirais, o farmacêutico pode realizar o acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários, principalmente nos primeiros seis meses, considerados um dos momentos cruciais do tratamento, contribuindo para a promoção da adesão e o monitoramento de reações adversas, visando o atendimento das metas clínicas de carga viral e CD4+ preconizadas e a efetividade e segurança do tratamento. Após esse período, o paciente com carga viral indetectável e boa adesão ao tratamento pode seguir recebendo as orientações na dispensação mensal dos antirretrovirais; a partir dessas orientações, por meio de uma estratificação de risco estabelecida, torna-se possível que ele retorne ao serviço de acompanhamento caso seja identificado algum fator que possa levar a falha terapêutica e/ou insucesso da terapia.

Ressalta-se a importância da oferta desses serviços, do estabelecimento dos fluxos de comunicação com a equipe, seja através do prontuário, reuniões clínicas, entre outros, para registro dos problemas relacionados à farmacoterapia identificados, intervenções realizadas e possíveis encaminhamentos para outros profissionais da equipe. Essa integração das práticas contribui para a continuidade do cuidado, por exemplo, caso alguma dessas pessoas apresente complicações, efeitos adversos ou falha terapêutica, e deva ser encaminhada para avaliação no ambulatório especializado.

Fonte: "Imagens - Freepik ©"



Para além do desenvolvimento dos serviços clínicos, também se destaca a importância das ações técnico-pedagógicas direcionadas à equipe de saúde no fornecimento de informações sobre possíveis efeitos adversos aos antirretrovirais, interações farmacológicas, ajustes de dose devido à insuficiência renal, ou recomendações recentes de mudança de esquema terapêutico, atualizadas nos protocolos ou em portarias do Ministério da Saúde. Nas próximas aulas, iremos abordar a operacionalização desses aspectos no sentido de instrumentalizar a implementação concreta dessas práticas nos pontos de atenção.

Este caso ilustra a perspectiva dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica, em que o profissional farmacêutico, além de coordenar e/ou executar as atividades de apoio, visando o abastecimento e disponibilidade dos medicamentos; atue conjuntamente com a equipe de saúde, e contribua de forma efetiva, por meio das ações técnico-pedagógicas e da sua prática clínica, no processo de cuidado em saúde, favorecendo a utilização correta dos medicamentos.

Espera-se, também, uma atuação diferenciada dos gestores municipais no que diz respeito à organização da AF em seus municípios, propondo novas iniciativas relacionadas à gestão; à organização dos processos logísticos relacionados ao medicamento, e ao aperfeiçoamento das práticas relacionadas ao cuidado farmacêutico⁶⁹. Resumindo, como aponta Gadelha:

“Uma atenção básica de qualidade, que permita o acesso universal, envolve conhecimento, criatividade e capacidade local de inovação. A atenção básica do futuro requer mais inteligência, uma abordagem multiprofissional e transdisciplinar e integração em rede, superando velhos paradigmas assistenciais. A humanização do cuidado e a inovação tecnológica e social podem ocorrer em um novo e mesmo processo, gerando acolhimento, cidadania, emprego, renda, investimento e conhecimento estratégico para o futuro”⁶⁹.

Por fim, destacamos que a integração da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde no SUS apresenta-se como um dos desafios voltados à consolidação de um sistema integrado de saúde que de fato garanta acesso e qualidade da atenção ofertada aos usuários do Sistema.

Síntese da aula

- Nesta aula, buscamos trazer de forma articulada aspectos da interface dos Sistemas de Saúde e das Políticas Farmacêuticas, além de resgatar como as políticas, estratégias, programas e ações da assistência farmacêutica pública no Brasil foram implementadas e quais são os principais avanços alcançados e os desafios que encontramos. Esse percurso visou facilitar o processo reflexivo de como a assistência farmacêutica deveria estar inserida na rede de atenção à saúde, quais as contribuições dos serviços farmacêuticos e, em especial, do cuidado farmacêutico, objetivando contribuir no processo de coordenação de cuidado e integração das práticas clínicas. Além dos conceitos apresentados, sobre a articulação da rede de atenção à saúde com a assistência farmacêutica, procuramos trazer algumas perspectivas que encontramos da assistência farmacêutica no SUS, para contribuirmos para a melhor organização e integração dos serviços e das práticas profissionais. Na próxima aula, abordaremos com vocês a evolução do Cuidado Farmacêutico e sua correlação com as transformações dos Sistemas de Saúde, e apresentaremos, no contexto atual, o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico com ênfase na Atenção Básica.

Nesta aula, abordamos o histórico, os avanços e os desafios das Políticas Farmacêuticas no Brasil, suas finalidades e diretrizes e as perspectivas da integração sistêmica da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde. Agora, você já consegue compreender a Assistência Farmacêutica na perspectiva de integração na Rede de Atenção à Saúde.

Na última aula desse módulo, analisaremos a evolução do Cuidado Farmacêutico e sua correlação com a Atenção Básica e a experiência do Cuidado Farmacêutico em outros países. Feito isso, esperamos que você esteja apto a compreender o papel do Cuidado Farmacêutico frente às morbidades associadas aos medicamentos, o seu desenvolvimento histórico e o Cuidado Farmacêutico em outros países.

Referências

1. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009; 23(4):280-286.
2. Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009; 23(4):280-286.
3. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012. 323 p.
4. Costa KS, Goldbaum M, Guayta-Escobies R, Modamio P, Mariño EL, Tolsá JLS. Coordinación entre servicios farmacéuticos para una farmacoterapia integrada: el caso de Cataluña. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2017 Aug;22(8):2595-2608.
5. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) [homepage na Internet]. Políticas Farmacéuticas. [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1903:politic-farmaceuticas&Itemid=1177&lang=pt
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. Ginebra, enero 2003 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4871s/s4871s.pdf>
7. Marín N. Los Servicios Farmacéuticos en la atención de salud. In: Bermudez JAZ, Bonfim JRA, organizadores. Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 125-139.
8. World Health Organization (WHO). How to develop and implement a national drug policy. WHO Policy Perspectives on Medicines. Geneva: WHO; 2003.
9. World Health Organization (WHO). Division of health promotion, Education and Communications. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998.
10. Vasconcelos DMM, Chaves GC, Azeredo TB, Silva RM. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Cien Saude Colet* 2017; 22(8):2609-2614.
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990.
12. Brasil. Presidência da República. Decreto nº. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun 1971.

13. Marin N, Luiza VL, Osório de Castro CGS, Machado dos Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Opas/OMS; 2003.
14. Bermudez J. Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Crítica da Política de Medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – SOBRAVIME; 1995.
15. Bermudez J, Rozenfeld S, Portela MC. Avaliação do Programa Farmácia Básica – Brasil, 1997/1998. Projeto submetido ao Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 1997 (mimeografado).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out 1998.
17. Bermudez J, Esher A, Osorio de Castro DMM, Vasconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Ciênc Saúde Colet, 2018 [acesso em 31 jan 2019];23(6):1937-1949. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601937&lng=pt&nrm=iso.
18. Brasil. Presidência da República. Lei nº. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília, DF, 11 fev 1999.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, 8 mar 1999.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 343, de 21 de março de 2001. Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao programa Saúde da Família, destinado aos municípios participantes. Brasília, 21 mar 2001.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, CDS; 2005.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 maio 2004.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
24. Brasil. 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 União, Brasília, DF, 31 jan 2007; Seção 1:45. [Retificação publicada no Diário Oficial União, 14 mar 2007; Seção 1:46].

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Brasília, DF, 28 dez 2017; Seção 1:91
26. Portal do Ministério da Saúde [homepage da internet]. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. 2013-2019 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-ppnmpf/politica-e-programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos>
27. Luíza VL, Da Silva RM, Mattos LV, Bahia L. Fortalezas e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: Hasenclever L, Paranhos J, Chaves G, Oliveira MA, organizadoras. Vulnerabilidades do complexo industrial da Saúde: reflexos das políticas industrial e tecnológica na produção local e Assistência Farmacêutica. Rio de Janeiro, E-papers; 2018.
28. Portal do Ministério da Saúde. [homepage da internet]. Farmácia Popular. 2013-2019 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>
29. Brasil. 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 União, Brasília, DF, 14 jun 2012; Seção 1:29.
30. Portal do Ministério da Saúde. [homepage da internet]. Qualifar-SUS: eixos, objetivos e recursos. 2013-2019 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/qualifar-sus>
31. Costa KS, Nascimento Jr JM. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública [online]. 2012 [acesso em 1 fev 2019];46(supl 1):91-99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000063>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União, Brasília, DF, 28 fev 2013; Seção 1:146.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº. 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Brasília, DF, 28 set 2017.
34. Portal do Ministério da Saúde. [homepage da internet]. Base Nacional da Assistência Farmacêutica. 2013-2019 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/base-nacional-de-dados>
35. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(2):91-100.
36. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Junior JM, Mengue SS, Álvares J, Guerra Junior AA et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Saúde Pública. 2017;51(Supl 2):2s).

37. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Texto para Discussão nº 2356. Brasília; Rio de Janeiro: IPEA; 2018 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/180117_td_2356.pdf
38. Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BO et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em 2 jan 2019];51(Suppl 2):20s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007139>
39. Brasil. 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.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.555, de 27 de junho de 2007. Institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jun 2007.
41. 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 no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 maio 2013.
42. Quental C, Abreu JC de, Bomtempo JV, Gadelha CAG. Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional. Cien Saude Colet 2008;13(Supl.):619-628.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
45. Chaves GC, Azeredo TB, Vasconcelos DMM de, Ruiz AM, Scopel CT, Oliveira MA, Hasenclever L. Estudo da produção pública de medicamentos no Brasil: capacitação tecnológica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro: E-papers; 2018.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
47. Biella CA, Petramale CA. A incorporação de tecnologias no Brasil e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Out 2015;6 (Supl. 4):3013-3015
48. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Documento político e técnico para diálogo com os candidatos nas eleições em 2018 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/07/livreto_presidenciaveis_tela_F02.pdf
49. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Costa EA, Leite SN et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública [Internet]. Nov 2017 [acesso em 7 jan 2019];51(Suppl 2):10s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007062>

50. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, Luiza VL. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde em Debate*. 2014 [acesso em 7 jan 2019];38(spe):109-123. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S009>.
51. Barros AJD, Bertoldi AD. Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *Int J Epidemiol*. 2008;37(4):758-65. DOI:10.1093/ije/dyn063
52. Garcia LP, Magalhães LCG, Sant'Anna AC, Freitas LRS, Aurea AP. Dimensões do acesso a medicamentos no Brasil: perfil e desigualdades dos gastos das famílias, segundo as pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. IPEA Texto para Discussão nº 1839. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); jun 2013 [acesso em 1 fev 2018]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1278/1/TD_1839.pdf
53. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, Guerra Júnior AA, Acúrcio FA, Costa EA et al. Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51(supl. 2):16s.
54. Luiza VL, Oliveira MA, Chaves GC, Bermudez AZ, Flynn MB. Pharmaceutical Policies in Brazil. In: Babar ZUD, editor. *Pharmaceutical policy in countries with developing healthcare systems*. New York: Springer Berlin Heidelberg; 2017.
55. Miai ET, Nogueira-Martins MCF. Farmacêuticos na Atenção Básica: um estudo qualitativo sobre necessidades e possibilidades de qualificação dos profissionais para a integralidade do cuidado aos usuários-cidadãos. *Bol Inst Saúde*. 2014;15(Supl.):71-79.
56. Leite, SN et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51(supl. 2):13s.
57. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. Abr 2017 [acesso em 7 jan 2019];22(4):1181-1191. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.27042016>.
58. Gadelha, CAG, Costa KS, Nascimento Jr JM, Soeiro OM, Mengue SS, Motta ML, Carvalho ACC. PNAUM: abordagem integradora da Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação. *Rev. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 8 jan 2019];50(supl. 2):3s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006153>.
59. Ramos AC, Guirado EA, Gorostiaga JM, Juan AMS, Tosla LS. *Posicionamiento da Sociedade Española de Farmacéuticos en la Atención Primaria en la Gestión Farmacoterapéutica Integrada*. Madrid: Ala Oeste; 2015.
60. Lavras CC. Descentralização e Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: Ibañes NEP, Seixas P., editores. *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2011. p. 317-331.

61. Organización Panamericana de la Salud. Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud: documento de posición de la OPS/OMS. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, nº 6). Washington DC: OPS; 2013.
62. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
63. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
64. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Relatório Técnico da 1ª Oficina de Alinhamento do Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas do cuidado na equipe de saúde, realizada em Brasília, DF, em 23 e 24 de outubro de 2018.
65. Brasil. Ministério da Saúde. A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. (Documento técnico apresentado ao DAF/SCTIE/MS, não publicado na íntegra). Brasília, 2012. 25 p.
66. Costa KS. A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde. In: VI Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2011.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF; 30 dez 2010.
68. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 1).
69. Gadelha CAG. Desenvolvimento e inovação: a saúde como uma oportunidade. Jornal do Brasil. 7 jan 2019 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/sites/default/files/desenvolvimento_e_inovacao_a_saude_como_uma_oportunidade_http_www.jb.com.br_-_artigo.pdf?fbclid=IwAR0bZyUweujKtM295Cl8xFvpLsCPhYvuXtPT480unIHovqTmlliny386J2A

Aula 5 – O Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção à Saúde

Mauro Silveira de Castro
Leonardo Régis Leira Pereira

Ementa da aula

Esta aula aborda a evolução do Cuidado Farmacêutico e sua correlação com a Atenção Básica e a experiência do Cuidado Farmacêutico em outros países.



Objetivo de aprendizagem

Compreender o papel do Cuidado Farmacêutico frente às morbidades associadas aos medicamentos, o seu desenvolvimento histórico e o Cuidado Farmacêutico em outros países.



Introdução

Nesta aula, vamos abordar o tema cuidado em saúde das pessoas que utilizam o sistema de saúde nos municípios brasileiros. Que tal começarmos sobre um problema comum na maioria dos municípios brasileiros, que são apresentados quase que diariamente pelos meios de comunicação?

Observe então estas notícias que foram publicadas pelo jornal Correio do Povo, de Porto Alegre (RS), em 2017, e pela GloboNews, em 2018.

Antes de começarmos a discutir a Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde, é preciso compreender qual a interface dos Sistemas de Saúde com as Políticas Farmacêuticas. Você sabe o que são e quais os objetivos de um sistema de saúde em um país?

Sobre os sistemas de saúde, pode-se afirmar que:



Figura 16. Manchete de jornal (1)
Fonte: Correio do Povo¹.



Figura 17. Manchete de jornal (2)
Fonte: GloboNews².

Esses recortes apresentam a situação em duas capitais brasileiras, Porto Alegre (RS) e Rio de Janeiro (RJ), mas, na verdade, retratam um problema comum na maioria dos municípios. No entanto, essas reportagens foram selecionadas apenas para ilustrar esse problema para que possamos abordar o tema desta aula.

Como gestor ou trabalhador da área da saúde, você deve estar acostumado a ver manchetes nos jornais e na televisão sobre a lotação das emergências. Mesmo com a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), esses problemas continuam e parece não existir uma forma adequada de solucioná-los. Sendo assim, apresentaremos alguns dados que nos farão refletir sobre os motivos que levam as pessoas a buscar o atendimento de urgência/emergência nos municípios. Dessa forma, esperamos que essa reflexão possa motivá-los a enfrentar esses problemas em seus municípios e respectivas unidades.

REFLITA!

Em sua opinião, quais são os motivos que levam essas pessoas a um serviço de urgência/emergência?



Fonte: “Imagens – Flaticon ©”

Para nos ajudar a refletir sobre esse problema, vamos observar os resultados apresentados por dois estudos que foram realizados num serviço de urgência de um hospital de Porto Alegre (RS). O primeiro trabalho foi realizado em 2004³ e o segundo em 2014⁴. A comparação entre os dados pode nos ajudar a entender os motivos que levam as pessoas a procurar atendimento nesses locais, e mesmo tendo sido realizados com uma década de distância entre eles, esses estudos tornam-se úteis para nossa reflexão, pois a pesquisa de 2004 mostra a situação dos serviços de urgência/emergência antes da implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o estudo de 2014 relata a situação do serviço de urgência do hospital após a implantação da UPA no município estudado.

Em 2004, uma parte das pessoas que chegavam ao serviço de emergência do hospital eram atendidas, por não conseguirem uma consulta nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou por não existir a UPA. O serviço não realizava a classificação de risco rigorosa para o atendimento, somente recusava atender a pessoa quando era visível que não se tratava de situação de emergência, por exemplo, solicitação de atestado médico. Portanto, o tempo de espera para o atendimento era longo.

Nesse primeiro estudo, foram entrevistadas 335 pessoas que foram atendidas no serviço de emergência, e foi constatado que 32% dessas pessoas apresentavam problemas relacionados ao uso dos seus medicamentos, e era mais frequente nas pessoas com menor escolaridade e naquelas que utilizavam mais de cinco medicamentos, o que é conceituado como polifarmácia.



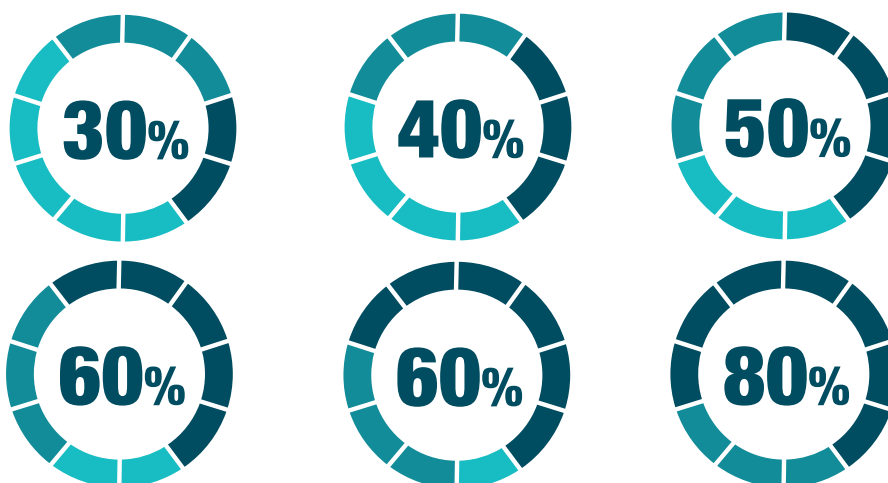
Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Entre os problemas relatados pelas pessoas que estavam no serviço de emergência, os pesquisadores observaram que 15% estavam relacionados à indicação do medicamento, que não era adequado para aquela pessoa ou para aquela doença específica. Em adição, 55% dos problemas relatados estavam relacionados à efetividade do medicamento, ou seja, o medicamento prescrito não produziu o efeito desejado. Além disso, 30% dos pacientes que participaram do estudo relataram que estavam no serviço de urgência do hospital devido a reações adversas/intoxicações causadas pelos medicamentos. Quanto às causas desses problemas identificados, 17% podem ser atribuídas aos pacientes devido à não adesão ao tratamento ou automedicação, 29% estavam relacionadas a reações do próprio medicamento e 54% relacionadas ao sistema de saúde, por não disponibilizar acesso aos medicamentos, não monitoramento adequado do tratamento, entre outras causas.

Esses dados tornaram-se mais significativos quando os pesquisadores evidenciaram que cerca de 80% desses problemas relacionados aos medicamentos, que foram relatados pelas pessoas no serviço de emergência, poderiam ter sido prevenidos ou evitados. Dessa forma, das 335 pessoas entrevistadas, 93 não necessitariam estar passando pelo problema de saúde que as levou à emergência.

Com o passar dos anos, o conhecimento e a forma de organização do atendimento emergencial no país sofreram alterações, os municípios aderiram à Política Nacional de Urgência e Emergência, incluindo a criação das UPAs. O próprio serviço de emergência, que foi avaliado em 2004, sofreu alterações e começou a utilizar o Protocolo de Manchester, sendo possível então avaliar melhor os pacientes que chegavam na emergência quanto à gravidade do caso. Com esse sistema, o hospital começou a participar de um projeto da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS) chamado de Paciente Certo no Lugar Certo.

Com esse novo processo de trabalho, as pessoas que chegavam à emergência do hospital eram avaliadas e classificadas de acordo com a urgência de atendimento. Os da categoria “pouco urgente” eram encaminhados para UPAs e as “não urgentes” eram referenciadas para as UBS credenciadas no projeto. Os casos considerados urgentes eram atendidos no próprio hospital.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Sendo assim, uma década depois do primeiro estudo, foi realizada uma nova pesquisa no mesmo serviço de emergência do hospital, em que foram entrevistados 535 pacientes. Observou-se que 15% das pessoas apresentavam algum problema relacionado ao uso do medicamento (34% relacionados à indicação do medicamento, 22% à efetividade e 44% devido à segurança). Quanto às causas desses problemas identificados, 55% podem ser atribuídas aos pacientes devido à não adesão ao tratamento ou automedicação, 28% a reações do próprio medicamento e 17% relacionadas ao sistema de saúde por não disponibilizar acesso aos medicamentos, não monitoramento adequado do tratamento, entre outras causas.

A baixa escolaridade estava também presente em 51% dessas pessoas que apresentaram esses problemas e 63% dos problemas relacionados ao uso dos medicamentos poderiam ter sido evitados. Se observarmos as causas dos problemas relacionados a medicamentos é possível compreender que intervenções de profissionais da saúde podem levar realmente a prevenção desses problemas. Também é importante salientar que com a Política Nacional de Urgência e Emergência ficou definido que nas emergências ficariam os casos mais graves e, no nosso caso, os problemas relacionados a medicamentos que causam morbidade, tema este que será discutido na próxima aula. Assim, observando os resultados dos dois estudos temos 31% de problemas em geral (primeiro estudo), dos quais 15% são morbidades relacionadas aos medicamentos (segundo estudo).

Com base nos resultados apresentados anteriormente, os pesquisadores calcularam o custo médio do tratamento realizado junto às pessoas que procuraram esse atendimento. Para cada paciente atendido, o custo ficou em torno de US\$ 900,00 e, se considerarmos o tempo de internação e o número de pessoas atendidas no serviço de urgência daquele hospital, o custo total seria de cerca de US\$ 7,5 milhões/ano⁵. Note-se que uma parte significativa desse custo poderia ser sido evitada, pois estavam relacionados ao uso de medicamentos.

REFLITA!

Fica uma pergunta: se houver intervenção nos casos passíveis de prevenção consegue-se melhorar os resultados clínicos, humanísticos e econômicos? Para melhor responder a essa pergunta, será necessário utilizar os conhecimentos apresentados nessa aula e na próxima.



Como já mencionado, esses estudos foram realizados em Porto Alegre (RS), mas sabemos que esse problema está disseminado por todas as regiões do país, pois estamos sofrendo atualmente com a tripla carga de doenças, ou seja, o envelhecimento populacional aliado ao crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição e violência, incluindo os acidentes de trânsito. Esses problemas já seriam suficientes para ocasionar a superlotação dos serviços de emergência, entretanto, como mostramos anteriormente, temos ainda os problemas relacionados aos medicamentos que, associados ao quadro epidemiológico atual, colabora para sobrecarregar o sistema de saúde do país. Para enfrentar esses problemas faz-se necessária uma ampla discussão de políticas públicas de saúde. E o problema relacionado ao uso de medicamentos será abordado ao longo deste curso.

Além desse estudo realizado em Porto Alegre (RS), Charles Hepler também verificou a existência desses problemas no mundo. Por meio da análise de várias pesquisas ele observou que 7,1% de admissões em serviços de emergências são devidas a problemas relacionados com a farmacoterapia, sendo que, em média, 58,9% são evitáveis⁶. Propomos, assim, uma pausa para reflexão diante dos dados que apresentamos até agora.

REFLITA!

Você percebeu que existe uso apropriado e inapropriado de medicamentos? Será que os medicamentos são realmente seguros e efetivos? Você percebeu que apenas o acesso ao(s) medicamento(s) não garante(m) bons resultados na saúde das pessoas? Que existe um problema maior chamado não adesão ao tratamento? Os dados de países desenvolvidos é de que 50% das pessoas não utilizam corretamente os medicamentos prescritos. E quanto é essa taxa em países em desenvolvimento?



Fonte: “Imagens – Flaticon ©”

Fonte: “Imagens - Freepik ©”

No cenário atual, o medicamento é visto pela sociedade como um bem de consumo, que para muitas pessoas é uma “pílula milagrosa” que resolve todos os problemas de saúde. Mas, o que aconteceu para chegarmos a essa situação? Talvez a resposta mais adequada para essa pergunta possa ser encontrada durante o processo de industrialização dos medicamentos, que transformou a produção artesanal em uma produção mecanizada de grande escala, aumentando a oferta desses produtos no mercado.

Além disso, existe a utilização de medicamentos em situações que não são problemas de saúde, a chamada farmacêutica da sociedade, que pode ser definida como “a tradução ou a transformação das condições humanas, recursos e capacidades em oportunidades de intervenção farmacêutica”, ou seja o uso de medicamentos para realizar as transformações das condições humanas (Williams, 2011), sendo exemplo disso o uso indiscriminado de metilfenidato (ritalina, por exemplo) para “Transtorno do Déficit de Atenção” ou o uso de sildenafil para melhorar o desempenho sexual. Com a intensificação do uso dos medicamentos começaram a surgir episódios de morbimortalidade relacionadas aos medicamentos (MRM), tais como mortes relacionadas ao uso do xarope de sulfanilamida (etilenoglicol) e à focomelia ocasionada pela talidomida em 1960.



Figura 18. Focomelia
Fonte: Mariano Comino León (UCC – UNED/Espanha).

Além desses episódios, outros problemas de segurança foram relacionados ao uso de medicamentos que, mesmo respeitando as condições preconizadas na utilização, não estaria afastada a possibilidade de efeitos indesejáveis. Em 1961, intensificou-se a necessidade de empreender esforços internacionais relacionados à segurança dos medicamentos, e em 1963 a décima sexta Assembleia Mundial da Saúde adotou uma resolução que previa a rápida disseminação de informações sobre reações adversas a medicamentos e que conduziu, posteriormente, a criação da Farmacovigilância.

Ao mesmo tempo que esses fatos históricos iniciaram a ocorrer, na década de 1960, farmacêuticos hospitalares dos Estados Unidos da América perceberam a necessidade de zelar pela saúde das pessoas. Para isso, era fundamental estabelecer controle sobre o uso dos medicamentos, originando um movimento chamado Farmácia Clínica. Com o passar do tempo a Farmácia Clínica foi reconhecida como uma ciência.

Para a realização deste curso foi realizada uma oficina de alinhamento conceitual em outubro de 2018, em Brasília (DF), na qual Farmácia Clínica foi definida como:

“Ciência da Saúde cuja reponsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados ao cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, a promoção da saúde, do bem-estar, prevenindo doenças e/ou otimizando o tratamento farmacoterapêutico. O Farmacêutico necessita de educação especializada e treinamento estruturado para desempenhar tais atividades.”

Após alguns anos, Hepler^{7,8} avaliou a atividade clínica do farmacêutico e observou que os princípios da farmácia clínica não estavam sendo aplicados da forma sugerida por Brodie⁹, que preconizava que o centro dessa atividade clínica deveria ser a pessoa e não o produto. Refletindo sobre esses achados, Hepler e Strand⁶ escreveram um artigo científico propondo a reprofissionalização do farmacêutico, originando um movimento chamado de *Pharmaceutical Care*, que no Brasil foi traduzido como Atenção Farmacêutica: “Atenção Farmacêutica é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente.”

O conceito proposto por Hepler e Strand foi discutido e ampliado na reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada em 1994 na cidade de Tóquio, acrescentando que caberia ao farmacêutico:

“[...] estender o caráter de beneficiário da Atenção Farmacêutica ao público, em seu conjunto e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária” ¹⁰ (p. 7, Part II. Tradução nossa).

Em consequência desses movimentos e conceitos apresentados, no Brasil foram realizadas uma série de reuniões de farmacêuticos e de especialistas que propuseram um Consenso sobre Atenção Farmacêutica¹¹.

Diante disso, a Atenção Farmacêutica pode ser definida como: “[...] uma filosofia de prática profissional na qual o farmacêutico, por meio de um acordo com o usuário do medicamento, torna-se corresponsável pelo resultado terapêutico referente ao uso dos medicamentos em prol de uma pessoa e de seus objetivos de saúde”¹¹.

Por outro lado, em 1978, durante a reunião de Alma Ata, foi publicada uma declaração recomendando que o sistema de saúde devesse ser baseado nos princípios da atenção básica (primária), atuando na solução e na prevenção de problemas de saúde. Em adição, a OMS lançou um documento sobre a necessidade de reorientação da atenção primária em saúde¹². Nos anos seguintes, a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) discutiram a reorientação/renovação das atividades da farmácia e, em 2013, quando propõem uma definição de Serviços Farmacêuticos, como você já tomou conhecimento nas aulas anteriores deste curso.

As discussões sobre a atividade clínica do farmacêutico no sistema de saúde, além da Farmácia Clínica e da Atenção Farmacêutica, também foram acompanhadas pelas Políticas Públicas de Saúde e pela adequação da formação profissional.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada em 1998, tem como finalidade garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Para alcançar esse propósito foram estabelecidas as seguintes diretrizes: adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), regulação sanitária de medicamentos, reorientação da Assistência Farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Aliada à PNM, a Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017, propõe princípios e diretrizes da atenção básica: regionalização e hierarquização dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a atenção básica como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado centrado na pessoa.


Diante da evolução da atividade clínica do farmacêutico e das políticas públicas de saúde, o conceito Cuidado Farmacêutico foi proposto pelo Ministério da Saúde e publicado no Caderno 1 da série Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, em 2014 (referência completa em Leituras Complementares).

Além dessa publicação, na oficina de alinhamento conceitual para este curso, realizada em outubro de 2018, em Brasília (DF), o Cuidado Farmacêutico:


“[...] consiste em um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação incluindo não só a dimensão clínico assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde.”

Diante desse contexto, torna-se mais fácil compreender o cenário dos problemas levantados nos estudos apresentados no início desta aula, em que parte das pessoas que buscavam atendimento no serviço de emergência apresentavam problemas relacionados aos medicamentos.


Depois dessa contextualização será que as suas respostas às perguntas apresentadas abaixo mudaram?



1. Você percebeu que existiu o reconhecimento no cenário internacional e nacional de que o uso de medicamentos pode gerar dano e aumento de custos para o sistema de saúde?



2. Será que os medicamentos são realmente seguros e efetivos quando usados no contexto da vida diária das pessoas?



3. Você percebeu que apenas o acesso ao medicamento não garante bons resultados na saúde das pessoas?

Fonte: “Imagens – Flaticon ©”

Além das políticas públicas citadas anteriormente, convém destacar que a formação do farmacêutico para o desenvolvimento das atividades clínicas tem sido amplamente discutida pelo Conselho Federal de Farmácia, publicado na Resolução 585/2013 e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Farmácia, publicada em 19 de outubro de 2017. Esses temas serão abordados na aula 7 desse curso.

Como consequência dessas atividades clínicas, no Brasil, o Ministério da Saúde realizou um projeto piloto no município de Curitiba (PR), entre os anos de 2013 e 2014, promovendo o Cuidado Farmacêutico na atenção primária. Os resultados preliminares estão disponíveis no Caderno 4 de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, publicado em 2014.

Anteriormente a essa iniciativa, o Ministério da Saúde ofereceu duas edições do curso de capacitação em Gestão da Assistência Farmacêutica: especialização à distância, que contou com 3.600 vagas para farmacêuticos de todas as regiões do Brasil. Também foram oferecidos pelo Ministério da Saúde outros cursos, como “Farmacêuticos na AB/APS: construindo uma relação integral”, “Farmacêuticos na AB/APS: trabalhando em rede”, que contaram com a participação de mais de 700 farmacêuticos. Além desses projetos realizados no Brasil, vários países do mundo implantaram serviços farmacêuticos clínicos na atenção básica em saúde. Algumas experiências serão apresentadas a seguir.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Iniciaremos pela **Austrália**.

Alguns dos serviços oferecidos encontram-se descritos no artigo de Timothy Chen¹³, e outras descrições dos serviços oferecidos estão no sítio oficial do Ministério da Saúde da Austrália¹⁴. Desde 1990 existem acordos entre o Governo Australiano e a Associação de Farmácias para que elas realizem serviços farmacêuticos integrando-se na atenção primária. Esses serviços são remunerados e a localização das farmácias atendem as necessidades do sistema de saúde. Com o tempo, esses acordos aumentaram de escopo e agora fornecem programas e serviços farmacêuticos profissionais.

Vejam os como exemplo um dos programas, intitulado *Support Quality Use of Medicine Services*, em que a principal abordagem é garantir a qualidade dos serviços de medicina, sendo que seus objetivos são reduzir internações hospitalares, reações adversas e problemas relacionados às intervenções em saúde.

Nessa abordagem do referido programa encontram-se quatro serviços:

- *Community Pharmacy in Health Care Homes Trial Program*;
- *Home Medicines Review*;
- *MedsCheck and Diabetes MedsCheck*;
- *Residential Medication Management Review and QUM*¹⁴.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Daremos uma atenção rápida ao segundo item, Revisão Domiciliar de Medicamentos (*Home Medicines Review*), observando para quem esse serviço é oferecido:

- Pessoas com alta hospitalar após uma internação imprevista nas últimas quatro semanas;
- Mudança significativa na pauta da farmacoterapia nos últimos três meses;
- Mudança na condição ou habilidades para cuidados em saúde (incluindo quedas, cognição, função física);
- Prescrição de um medicamento com margem terapêutica estreita e que exija monitoramento terapêutico;
- Apresentação de sintomas sugestivos de um efeito deletério como reação ao uso de um medicamento;
- Resposta subterapêutica à terapia;
- Suspeita de não conformidade ou problemas com gerenciar dispositivos relacionados à medicação;
- Risco ou incapacidade de continuar a gerir medicamentos devido a alterações na destreza, confusão ou visão prejudicada.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Agora vamos trocar de continente e dar uma olhada no **Canadá**.

Esse país é formado por províncias autônomas, sendo que cada uma possui seu serviço próprio de saúde. Na Província de Ontário há, por exemplo, um programa chamado *MedsCheck*¹⁵.

O programa oferece consultas com o farmacêutico para revisar os medicamentos prescritos e não prescritos para o usuário de medicamentos que vai normalmente à farmácia. A revisão da medicação, *MedsCheck*, tem por objetivo encorajar as pessoas a entender melhor sua farmacoterapia na intenção de garantir que seus medicamentos sejam utilizados da melhor forma possível e que essas pessoas obtenham o maior benefício de seu uso. O serviço é disponibilizado para pessoas que integram o sistema de saúde de Ontário e que utilizam pelo menos três medicamentos prescritos para uma condição crônica.

Lá também os farmacêuticos são remunerados pelos serviços prestados, pois são as farmácias que prestam serviços de atenção primária. Essa remuneração depende do tipo de cuidado prestado. Normalmente um paciente tem direito a uma revisão anual, mas em alguns casos específicos existe um serviço que é oferecido para ser realizado ao longo do ano.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Vamos continuar nossa viagem pelo mundo, agora na Europa, mais precisamente no **Reino Unido**, onde uma constatação foi realizada: você sabia que a maioria das pessoas com problemas de saúde vai em média¹⁷ vezes ao ano na farmácia? Esses dados mostram que a farmácia é o local com maior oportunidade para fazer ações de saúde do que nos locais de consulta médica ou de enfermagem. Portanto, para alguns a farmácia chega a ser denominada como “Farmácia, o coração de nossa comunidade”. Veja o logo do *Pharmaceutical Service Negotiating Committee* que simboliza a farmácia comunitária e seu papel fundamental em ajudar a gerenciar a saúde e o bem-estar dos ingleses na figura a seguir:



Figura 19. Logo do Pharmaceutical Services Negotiating Committee.
Fonte: Royal College of General Practitioners¹⁶.

Muitos são os serviços oferecidos nessas farmácias, por exemplo, o Programa Farmacêuticos Clínicos da Clínica Geral (*Clinical Pharmacists in General Practice*)¹⁷.

Esse Serviço Avançado (*Enhanced Service*) foi projetado para alocar a oferta financeira a provedores de serviços médicos de clínica geral para empregar ou obter acesso a um farmacêutico clínico e/ou farmacêutico clínico sênior por meio do Programa Farmacêuticos Clínicos na Clínica Geral. Esses serviços também são custeados pelo sistema de saúde.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Nos links a seguir encontram-se informações sobre outros serviços ou programas realizados por farmacêuticos, bem como uma descrição direcionada para a população sobre do que podem esperar da equipe da farmácia. Elencamos, por exemplo, um programa específico para asma, mas existem outros. Esse desenvolvimento se dá pela integração ao longo dos anos dos farmacêuticos no sistema de saúde, incluindo ações de atenção básica que vão desde mudanças de hábitos até o uso de medicamentos.

<https://www.nhs.uk/conditions/asthma/>

<https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/pharmacies/new-medicine-service-nms/>

<https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/pharmacies/what-to-expect-from-your-pharmacy-team/>

<https://psnc.org.uk/services-commissioning/advanced-services/murs/>



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Voltamos à Oceania, e também na **Nova Zelândia** encontramos uma série de programas e serviços farmacêuticos para a população envolvendo as farmácias na atenção primária em saúde. Observe-se que existem planos quinquenais para esses serviços¹⁸. Confira a nossa tradução livre sobre os motivos que levaram a Nova Zelândia a implantar esse Serviço Farmacêutico:

Os farmacêuticos são parte integrante da experiência de cuidados de saúde da maioria das pessoas, tanto na comunidade como nos hospitais. No entanto, o sistema atual não faz o melhor uso das habilidades exclusivas dos farmacêuticos. Embora muitos dos seus papéis se concentrem no fornecimento de medicamentos, eles também possuem habilidades para ajudar as pessoas a usar os medicamentos de forma segura e eficaz e a reduzir os danos relacionados aos erros de medicação. Eles podem contribuir muito mais dessa maneira se fizermos um melhor uso do trabalho do pessoal da farmácia, inclusive implementando o papel de técnico de verificação de precisão da farmacoterapia (Pharmacy Accuracy Checking Technician – PACT). Vendo a farmácia muito mais do que o modelo tradicional de fornecimento de medicamentos, este Plano descreve uma variedade de serviços que os farmacêuticos podem fornecer em uma diversidade de ambientes, incluindo, mas não se limitando a, serviços comunitários e farmácias hospitalares. Ele oferece uma oportunidade para definir a direção desses serviços nos próximos cinco anos e define prioridades para ações que possam ser implementadas nos níveis nacional, regional e local. Mais importante, sinaliza nossa intenção de aproveitar ao máximo as habilidades dos farmacêuticos para o benefício de todos os neozelandeses¹⁸ (página iii tradução nossa).

Para saber mais sobre a especificação de um tipo de serviço ofertado, acesse o documento “Revisão do uso de medicamentos e suporte para adesão ao tratamento” (*Medicines Use Review and Adherence Support*), também do governo da Nova Zelândia¹⁹.

Ao observarmos esses tipos de serviços farmacêuticos disponibilizados em alguns países do mundo, podemos evidenciar que eles possuem uma relação com os estudos que mostramos no serviço de urgência de Porto Alegre (RS), não é mesmo? Também é possível perceber que cada país buscou uma solução para seus problemas e, em alguns, o planejamento é fundamentado nas necessidades de cada uma das comunidades atendidas.

Na aula seguinte deste curso continuaremos abordando esse tema, mostrando que esses serviços de Cuidado Farmacêutico podem trazer impactos clínicos, sociais e econômicos para a população atendida, reduzindo a morbimortalidade causada por medicamentos. Além disso, vamos compartilhar experiências exitosas de alguns municípios brasileiros que implantaram o serviço de Cuidado Farmacêutico, mostrando as dificuldades para implantação e os frutos que estão colhendo atualmente.

Síntese da aula

- O uso de medicamentos pode trazer uma série de problemas de saúde para a população. Esses problemas podem trazer transtornos à vida das pessoas podendo até chegar a causar um dano à saúde levando ao aparecimento de doenças relacionadas ao uso ou não dos medicamentos (morbidade). Várias são as causas desses problemas, mas elas estão principalmente relacionadas a atos dos pacientes ou dos profissionais de saúde, a estrutura e processos do sistema de saúde e ao medicamento propriamente dito. Esses problemas acontecem em um determinado contexto que, por sua vez, contribui para que esses transtornos aconteçam. Na década de 1960, farmacêuticos identificaram a existência desses problemas e iniciaram um movimento chamado Farmácia Clínica. Com o desenrolar do movimento e dos acontecimentos relacionados à atenção primária de saúde chegou-se à proposição de serviços farmacêuticos, dentre os quais está o cuidado farmacêutico. Os países desenvolvidos foram construindo ou estão em fase de construção de uma gama de serviços que procuram otimizar o tratamento farmacológico e atingir resultados terapêuticos que melhorem a qualidade de vida da população. Fica a dúvida se isso é possível de ser realizado no Brasil. Vamos tentar responder essa pergunta no próximo módulo.

Chegamos ao final desse módulo! Nessa última aula você pode conferir como ocorreu a evolução do Cuidado Farmacêutico e sua correlação com a Atenção Básica e a experiência do Cuidado Farmacêutico em outros países.

Agora, você já consegue compreender o papel do Cuidado Farmacêutico frente às morbidades associadas aos medicamentos, o seu desenvolvimento histórico e o Cuidado Farmacêutico em outros países.

Até o próximo módulo!

Glossário

Morbidade Relacionada a Medicamento: é um dano ao paciente, não intencional, em que se encontra uma plausível relação científica com

- (a) a farmacoterapia em uso ou
- (b) situação em que uma pessoa necessita farmacoterapia e que o tratamento não foi realizado.

Inclui efeitos adversos ou tóxicos de medicamentos, fracasso de tratamento e ocasiões quando uma indicação válida não é tratada. Não inclui problemas relacionados à farmacoterapia ou RAM menos graves (técnicas).

Dano: no contexto do problema relacionado ao medicamento é o resultado (desfecho) clínico grave, perigoso ou incapacitante que não é passível de correção ou o qual requer recursos adicionais significantes para sua correção, tais como tratamento emergencial, hospitalização.

Reação Adversa de Medicamento: Qualquer efeito deletério nocivo, não intencional, causado pelo próprio medicamento. É o resultado adverso mais amplamente reconhecido da farmacoterapia.

Referências

1. Emergências dos hospitais de Porto Alegre seguem lotadas. Correio do Povo, 24 jun 2017 [acesso em 4 fev 2019]. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/Noticias/Geral/2017/6/621198/Emergencias-dos-hospitais-de-Porto-Alegre-seguem-lotadas>.
2. Hospitais do Rio de Janeiro têm emergências e corredores lotados. GloboNews, 2 out 2018 [acesso em 4 fev 2019]. Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-news/jornal-globo-news/videos/v/hospitais-do-rio-de-janeiro-tem-emergencias-e-corredores-lotados/7058998/>.
3. Andrezza RS, Silveira de Castro M, Sippel Köche P, Heineck I. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. *Gac. Sanit. Nov./Dec.* 2011;25(6):501-6.
4. Tramontina MY, Ferreira MB, Silveira de Castro M, Heineck I. Comorbidities, potentially dangerous and low therapeutic index medications: factors linked to emergency visits. *Ciênc Saúde Coletiva* May 2018;23(5):1471-82.
5. Freitas GRM, Tramontina MY, Balbinotto G, Hughes DA, Heineck I. Economic impact of emergency visits due to drug-related morbidity on a Brazilian hospital. *Value in Health Regional Issues* Dec. 2017;14:1-8.
6. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* Mar 1990;47(3):533-43.
7. Hepler CD. Unresolved issues in the future of pharmacy. *Am J Hosp Pharm.* May 1988;45(5):1071-81.
8. Hepler CD. Issues in implementing Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm.* 1993;50:1635-41.
9. Brodie DC. Drug use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug Intell Clin Pharm.* 1967;1:63-5.
10. World Health Organization (WHO). The Role of the Pharmacist in the Health Care System. WHO/PHARM/94.569; 1994.
11. Ivama AM, et al. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS; 2007.
13. Chen TF. Pharmacist-Led Home Medicines Review and Residential Medication Management Review: The Australian Model. *Drugs Aging*. 2016 Mar [acesso em 6 fev 2019];33(3):199-204. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26961696>.
14. Australian Government Department of Health. 6th Community Pharmacy Agreement. 2015c [acesso em 6 fev 2019]. Disponível em: <http://6cpa.com.au/>.
15. Ontario. Ministry of Health and Long-term Care. Health Care Professionals: MedsCheck. 2008c [acesso em 6 fev 2019]. Disponível em: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/medscheck/medscheck_original.aspx.
16. Royal College of General Practitioners (RCGP). Community Pharmacy. [2018] [acesso em 6 fev 2019]. Disponível em: <http://www.rcgpac.org.uk/portfolio/community-pharmacy/>.
17. NHS England. Clinical Pharmacists in General Practice [2019] [acesso em 6 fev 2019]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/gp/gpfv/workforce/building-the-general-practice-workforce/cp-gp/>.
18. New Zealand Ministry of Health. Pharmacy Action Plan: 2016 to 2020. 2016. [acesso em 6 fev 2019]. Disponível em: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/pharmacy-action-plan-2016-to-2020.pdf>.
19. New Zealand Ministry of Health. Medicines Use Review and Adherence Support. [acesso em 6 fev 2019]. <https://www.countiesmanukau.health.nz/assets/Community-health/Pharmacy/MUR-service-specification.pdf>

Material complementar

Hepler CD. Improving the Quality of Medications Use: The Case for Medication Management Systems. [homepage da internet] Rev Mar 2010 [acesso em 6 fev 2019]. Disponível em: <http://file.cop.ufl.edu/pop/hepler/apha/MedUseSystemsPaper-2.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Autores



Jardel Corrêa de Oliveira

Possui graduação em medicina e especialização em Saúde da Família pela UFSC/SC e especialização em Geriatria e Gerontologia pela UENP/PR. Atua como Médico de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis e como coordenador da Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Tem experiência na área de saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: farmacologia clínica, terapêutica, medicamentos essenciais e avaliação de tecnologias em saúde. Participação na Comare/Remume (2009-2012) e FTN 2010 (Comissão Editorial).

Prof^a Dr^a Karen Sarmiento Costa

Possui graduação em Farmácia pela PUC-Campinas Especialista em Saúde Pública pela UNESP/Araraquara. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva, área de Epidemiologia pela UNICAMP. Pós-doutora pela Universidade de Barcelona, área de Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica. Pós-doutora pela Faculdade de Medicina/Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. Pós-doutora no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Experiência na gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no município de Campinas/SP (2007-2009). Coordenadora Nacional da Assistência Farmacêutica Básica/DAF/SCTIE do Ministério da Saúde (2009-2015) sendo responsável pela formulação, desenvolvimento, planejamento e implantação do Qualifar-SUS e Hórus nos municípios brasileiros. Coordenadora nacional de projetos de intervenção e pesquisas com o BIRD para o fortalecimento da Assistência Farmacêuticas nas Redes de Atenção à Saúde. Atualmente é professora permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Atua como consultora do Projeto: Atenção Básica – capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz por meio do PROADI-SUS e como consultora externa do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) na área da Assistência Farmacêutica.

Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira

Docente da FCFRP-USP (desde 2004). Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq. Professor Associado do Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP desde 2013. Tesoureiro da ABCF (Associação Brasileira de Ciências Farmacêuticas) de 2012 a 2018. Vice-Presidente da Comissão de Graduação da FCFRP-USP (Gestão 2018-2020). Graduado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Ribeirão Preto (1998), Mestre e Doutor pela FCFRP-USP, Pós-Doutorado junto ao Departamento de Medicina Interna e Terapia Médica da Università degli Studi di Pavia-Itália e Livre-Docência junto ao Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP. Credenciado como orientador junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP e Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Rede Brasileira de Assistência Farmacêutica e Vigilância de Medicamentos. Atua na Linha de Pesquisa de Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica & Terapêutica, onde desenvolve trabalhos sobre Cuidado Farmacêutico, Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância e Farmacoeconomia. Atualmente colabora como consultor técnico no Projeto: Atenção Básica – capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz por meio do PROAIDI-SUS.

Matheus Pacheco de Andrade

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001), desde então com prática focada na Atenção Primária à Saúde, vem atuando na gestão de APS no Sistema Municipal de Saúde de Florianópolis desde 2011. Áreas de foco: Atenção Primária à Saúde, Desempenho e Indicadores, Acesso e Atributos da APS, Políticas Públicas.

Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro

Possui graduação em Curso de Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1978), mestrado em Farmacologia pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (1996), mestrado profissional em Atención Farmacéutica pela Universidad de Granada (2001) e doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Atenção Farmacêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção farmacêutica, adesão ao tratamento, educação de pacientes, uso racional de medicamentos e assistência farmacêutica. É Coordenador do Curso Farmacêuticos na APS: trabalhando em Rede.

Profª Drª Noemia Urruth Leão Tavares

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Especialização em Farmacologia pela UFLA e Farmácia Hospitalar pela PUC/RS, Mestrado em Ciências da Saúde pela FURG e Doutorado em Epidemiologia pelo Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS. Atualmente é professora Adjunta do Departamento de Farmácia da Universidade de Brasília -UNB e docente do quadro permanente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva FS/UNB. Atuou como Coordenadora Geral de Assistência Farmacêutica Básica no Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE/MS). Atua nas áreas de Saúde Coletiva e Farmácia, com ênfase em Política e Sistemas de Saúde, Inquéritos de Saúde e Políticas Farmacêuticas. Atua como consultora técnica do Projeto: Atenção Básica – capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz por meio do PROADI-SUS e como consultora externa do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) na área da Assistência Farmacêutica.





Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

Módulo II – Desenvolvimento dos serviços de
Cuidado Farmacêutico

M II

Apresentação do módulo 2

Olá! O **Módulo 2** do projeto Atenção Básica tem como finalidade apresentar os requisitos para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico: conhecimento, competências e habilidades clínicas; modelos de capacitação; estratégias de integração e impacto social, clínico e econômico do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Este módulo inicia-se na **Aula 6**, que abordará as evidências do impacto humanístico, clínico e econômico do serviço de Cuidado Farmacêutico, assim como as experiências exitosas na Atenção Básica de municípios que implantaram e já realizam este serviço. Ao final dessa aula, esperamos que você consiga refletir sobre o impacto social, clínico e econômico do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Dando sequência aos estudos, você chegará na **Aula 7**, que irá tratar das competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) clínicas, bem como propor uma reflexão sobre a prática dos farmacêuticos para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico e as atribuições clínicas necessárias a esse profissional, voltadas para o cuidado integrado e compartilhado em saúde. Ao concluir os estudos dessa aula, você estará apto a compreender e refletir as competências clínicas necessárias para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Percorrida essa trajetória, temos a **Aula 8**, na qual serão abordadas as estratégias pedagógicas de capacitação e o modelo de formação em serviço, associados ao aprimoramento das práticas profissionais no desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Com isso, esperamos que você seja capaz de reconhecer as estratégias de capacitação em serviços para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico.

Por fim, na **Aula 9** serão apresentadas ferramentas de articulação entre os serviços de saúde e integração entre as práticas profissionais, com ênfase na incorporação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde e nas tecnologias de comunicação em saúde. Ao encerrar seus estudos, você conseguirá identificar as estratégias necessárias para a integração do serviço de Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde e das práticas profissionais no atendimento clínico.

Desejamos a você ótimos estudos!

Aula 6 - Impacto humanístico, clínico e econômico do serviço de Cuidado Farmacêutico

Leonardo Régis Leira Pereira
Mauro Silveira de Castro

Ementa da aula

Esta aula aborda as evidências do impacto humanístico, clínico e econômico do serviço de Cuidado Farmacêutico, assim como as experiências exitosas na Atenção Básica de municípios que implantaram e realizam esse serviço.



Objetivo de aprendizagem

Refletir sobre o impacto social, clínico e econômico do serviço de cuidado farmacêutico.



Introdução

Dimensão da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos

Muitos dos problemas que acometem a população dizem respeito ao uso ou não de medicamentos. Esses problemas são significativos para o sistema de saúde, gerando morbimortalidade em um grande número de pessoas. Iniciaremos esta aula nos aprofundando um pouco mais neste tema, mostrando que os medicamentos podem ocasionar problemas, e que cabe a nós, gestores dos sistemas de saúde, encontrar alternativas para minimizar a morbimortalidade ocasionada por medicamentos.



Fonte: "Imagens - Pixabay ©"

A aula anterior abordou o fato de que uma parte dos pacientes atendidos em um serviço de emergência de um hospital em Porto Alegre (RS) apresentava problemas relacionados aos medicamentos, ao quais poderiam ser evitados. Ou seja, caso essas pessoas tivessem sido orientadas/acompanhadas anteriormente dentro do sistema de saúde, elas provavelmente não estariam naquele serviço de emergência.

Esse fato nos mostra que apenas o acesso a medicamentos de qualidade não é suficiente, é necessário que as pessoas sejam orientadas sobre a utilização adequada dos medicamentos e sobre a importância do tratamento farmacológico para o controle de sua enfermidade. Quando essa informação não alcança o usuário dos medicamentos, aumenta-se o risco de morbimortalidade relacionada a medicamentos (MRM). Conforme discutido na aula anterior, o país está sofrendo com a tripla carga de doença que, entre outras coisas, envolve o aumento de casos diagnosticados de doenças crônicas não transmissíveis aliadas ao envelhecimento populacional, o que promove o aumento da utilização de medicamentos.

Diante desse cenário, um grupo de pesquisadores brasileiros¹, preocupados em avaliar a ocorrência da MRM em território nacional, publicou em 2014 uma revisão da literatura que avaliou 45 pesquisas científicas publicadas no país.

Ao analisarem esses dados, os pesquisadores evidenciaram que quase 20% das crianças que frequentavam creches relataram que já tinham sofrido pelo menos uma reação adversa causada por medicamentos.

Esse estudo mostrou também que 25% dos pacientes atendidos em serviços de emergência relataram falha terapêutica relacionada ao uso de medicamentos – ou seja, os medicamentos prescritos não foram suficientes para controlar a enfermidade deles –, pois a dose era menor do que a necessária ou havia necessidade de associação de medicamentos. Em outros casos, os medicamentos não apresentavam a qualidade requerida.

Os pesquisadores também observaram que as pessoas que apresentavam maior risco de desenvolverem MRM eram as mais idosas ou as crianças com idade inferior aos dois anos, as que apresentavam maior número de doenças diagnosticadas e aquelas que utilizavam cinco ou mais medicamentos diariamente (polifarmácia).



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Um outro grupo de pesquisadores brasileiros publicou um estudo realizado no município de Feira de Santana (BA). Os resultados desse trabalho mostraram que a principal causa de intoxicação em pacientes atendidos pelo serviço de saúde do município foram os medicamentos, que alcançaram 33% dos casos relatados pelos pesquisadores².

Souza³ avaliou 573 pesquisas publicadas na literatura mundial, que consideraram os resultados de aproximadamente 839 milhões de participantes desses estudos. Os resultados mostraram que a MRM é uma preocupação mundial, e que acomete principalmente a população idosa que está sendo atendida na Atenção Básica dos sistemas de saúde.

Quando se considera apenas os resultados obtidos em estudos realizados no Brasil, observa-se que em nosso país a prevalência de MRM é superior; e, se comparada aos demais países do mundo, o tema ainda é negligenciado no país.

Ainda nesse estudo, a pesquisadora observou que os medicamentos que atuam no sistema nervoso central, os antineoplásicos, imunomoduladores, os antimicrobianos e os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular são os que apresentam maior risco de ocasionar MRM.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Observa-se que entre os medicamentos listados como potencialmente perigosos para o desenvolvimento das MRM, a maioria pode ser encontrada nas farmácias vinculadas à Atenção Básica dos municípios. Os medicamentos que atuam no sistema nervoso central e os antimicrobianos exigem receituário especial para que os pacientes tenham acesso, mas a maioria dos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular demanda um receituário simples. Esse dado demonstra que existe uma clara necessidade de estimular cada vez mais o uso adequado desses medicamentos, pois para desenvolver as MRM as pessoas não precisam estar hospitalizadas, como mostram o estudo citado anteriormente e os apresentados na aula anterior, uma vez que o risco de ocorrência de MRM existe independentemente do local onde é prestada a assistência à saúde.

Conforme abordado na aula anterior, uma das estratégias para auxiliar na redução da MRM é um movimento denominado de Cuidado Farmacêutico, que conta com iniciativas do Ministério da Saúde para estimular sua disseminação. Em adição, mostramos que vários países do mundo estão desenvolvendo estratégias de Cuidado Farmacêutico desde a década de 1990 em seus sistemas de saúde, visando reduzir a ocorrência de MRM. Entretanto, permanece a dúvida: será que o Cuidado Farmacêutico realmente funciona? Essa estratégia pode ser efetiva na redução das MRM? A seguir, vamos compartilhar algumas experiências que estão dando certo.

REFLITA!

Os resultados desses estudos realizados no Brasil estimulam você a pensar em estratégias para enfrentar o problema da morbidade relacionada a medicamentos?



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Estudos mostrando a efetividade e eficiência do serviço de Cuidado Farmacêutico

A mais recente avaliação na esfera mundial que verificou a efetividade do Cuidado Farmacêutico foi realizada pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE), um órgão público independente que fornece orientação e aconselhamento em âmbito nacional para melhorar o cuidado e a assistência à saúde na Inglaterra.

Esse órgão não só produz orientação baseada em evidências e aconselhamento para profissionais de saúde, saúde pública e assistência social, como também desenvolve padrões de qualidade e métricas de desempenho para aqueles que fornecem e contratam serviços de saúde, saúde pública e assistência social. Nesse contexto, o NICE realizou um estudo da métrica de desempenho dos novos serviços farmacêuticos e desenvolveu a seguinte pergunta a ser respondida por seus pesquisadores:

“As funções expandidas dos farmacêuticos na comunidade propiciam benefícios clínicos e são custo-efetivas para pacientes em emergência médica aguda de alto risco ou aos que têm suspeita ou confirmação de uma emergência médica aguda?”

Para responder à pergunta e verificar se a proposição de expansão das atividades dos farmacêuticos correspondeu a melhores desfechos clínicos e econômicos, realizou-se uma revisão da literatura mundial, avaliando artigos científicos com esses tipos de resultados. Realizada a revisão da literatura, foram analisados quais artigos cumpriam com o mínimo de regras científicas de qualidade e aqueles cujos resultados poderiam ser considerados corretos foram selecionados.

Fonte: “Imagens - Freepik ©”



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Nessa seleção, foram verificadas as atividades dos farmacêuticos comunitários treinados para tal, bem como as de farmacêuticos especialistas, chamados de farmacêuticos clínicos. Em adição, realizou-se avaliação dos locais de trabalho, pois os serviços ofertados podem mudar e o contexto pode influir nos resultados. Sendo assim, foram avaliados: cuidados domiciliares, cuidados realizados em farmácias comunitárias (públicas ou privadas), cuidados realizados em outros locais comunitários, cuidados realizados em centros de atendimento (distrito) e em clínicas comunitárias, que no Brasil correspondem às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

É possível verificar que o objeto do estudo foi amplo, e este foi realizado em âmbito mundial, sendo considerados pelo comitê de avaliação como resultados críticos a serem avaliados a mortalidade, os eventos adversos evitáveis, a qualidade de vida, a satisfação do paciente e/ou cuidador, o número de visitas à emergência e os atendimentos médicos não planejados. Além disso, as internações hospitalares também foram consideradas desfechos importantes.

Os estudos identificaram que os farmacêuticos treinados trabalhando em nível comunitário (público ou privado, mas esse último dentro do sistema de saúde) reduziram mortalidade, número de consultas e número de visitas à emergência. Também reduziram o número de consultas médicas não agendadas, o número de internações e a média de internações hospitalares. Os farmacêuticos clínicos especializados em nível comunitário tiveram resultados semelhantes, com exceção da redução do número de consultas médicas não agendadas e da média de hospitalizações. Esses mesmos profissionais, trabalhando em centros de saúde ou ambulatórios especializados, reduziram o aparecimento de eventos adversos e, possivelmente, as visitas à emergência. Consequentemente, obteve-se uma redução da mortalidade.

Por outro lado, esse estudo mostrou que os farmacêuticos clínicos não conseguiram alcançar resultados positivos significativos em visitas domiciliares a pacientes de alto risco, podendo até contribuir para a piora da situação clínica.

Quanto à avaliação econômica, a maioria dos estudos realizados demonstrou que os serviços farmacêuticos realizados alcançaram bons resultados de custo-efetividade, o que foi confirmado por análises de sensibilidade. Tais análises apontaram que esses resultados foram robustos, mostrando que há fortes evidências econômicas de que o serviço realizado pelos farmacêuticos nas farmácias comunitárias pode ser custo-efetivo.

REFLITA!

Considerando o estudo publicado pelo NICE, percebe-se que o Cuidado Farmacêutico funciona em países desenvolvidos, mas será que aqui no Brasil isso poderia dar certo também?

Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Resumindo, pode-se evidenciar que a conclusão do Comitê de avaliação do NICE sobre esse trabalho foi a seguinte:

Para pessoas com maior risco de desenvolver uma emergência médica (segundo a classificação da equipe de saúde) torna-se fundamental fornecer serviços clínicos avançados na farmácia comunitária e farmácias de distrito e UBS. Para pessoas em alto risco de uma emergência médica aguda (segundo a classificação da equipe de saúde), não seria recomendado utilizar cuidados farmacêuticos domiciliares para realizar revisão do uso de medicamentos, a menos que seja necessário por razões logísticas ou clínicas.



Para auxiliar sua reflexão sobre a pergunta anterior, apresentamos alguns resultados de estudos realizados no Brasil. O primeiro estudo que vamos descrever foi realizado no município de São Paulo (SP) entre maio e novembro de 2016 com a finalidade de avaliar a efetividade do Cuidado Farmacêutico. Essa pesquisa contou com a participação de **farmacêuticos clínicos de 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS)**, que realizaram **1.833 consultas farmacêuticas em consultórios farmacêuticos (1.085)** e em **visitas domiciliares (748)**. Participaram do estudo **1.080 pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS)**, e na primeira consulta farmacêutica cerca de **10%** das pessoas diagnosticadas com **hipertensão arterial sistêmica (HAS)** estavam com a sua enfermidade controlada. Na terceira consulta farmacêutica, esse valor aumentou para cerca de **50%**. Em relação ao **diabetes mellitus (DM)**, na primeira consulta farmacêutica, a doença de cerca de **5% dos pacientes** estava controlada e, ao final da terceira consulta, esse valor alcançou **26%5**.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Vamos agora observar dois estudos que foram realizados no município de Ribeirão Preto (SP). O primeiro estudo, publicado em 2011, **acompanhou 64 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2)**, das quais **33 foram atendidas pelo serviço de Cuidado Farmacêutico durante 12 meses**. Nesse período, o farmacêutico se responsabilizava por realizar a gestão do cuidado à saúde desses pacientes, orientando sobre a importância do tratamento, do controle da glicemia, além de trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, criando uma rede colaborativa com o objetivo de fornecer o melhor acompanhamento possível aos pacientes com DM2. Por outro lado, **31 indivíduos** incluídos no **estudo receberam o cuidado normal oferecido aos demais usuários do SUS** do município (grupo controle), que consistia em consultas médicas e dispensação ou entrega de medicamentos pelos farmacêuticos ou auxiliares de farmácia, mas sem a consulta individualizada com esse profissional, voltada para a realização do Cuidado Farmacêutico.

Resultados

Os resultados, quando comparados os dois grupos, mostraram redução significativa na hemoglobina glicada (redução de 8,9% para 7,9%), na dose de metformina e de insulina utilizada pelos pacientes, nos números de consultas no Pronto Atendimento do município, bem como aumento no número de consultas na estratégia de saúde da família dos pacientes do grupo que foi atendido pelo serviço de Cuidado Farmacêutico⁶.

Ao considerar o impacto econômico, observou-se que os pacientes atendidos pelo serviço de Cuidado Farmacêutico não apresentaram aumento de custo ao município, enquanto que os pacientes do grupo controle tiveram um aumento de custo de US\$ 1,90 por paciente/mês, devido ao aumento de consultas nas UPAs do município e ao maior consumo de medicamentos e insulina para controlar o DM27.

PARÂMETROS	GRUPO CUIDADO FARMACÊUTICO		GRUPO CONTROLE	
	Antes	Depois	Antes	Depois
Hemoglobina glicada (%)	8,9	7,9	8,6	9,3
Nº de consultas na UPA (paciente/ano)	0,8	0,6	0,6	0,8
Custo com medicamentos/ano (US\$)	10,20	10,00	7,60	9,20
Custo total dos pacientes/ano (US\$)	11,40	11,40	8,90	10,80

Tabela 1. Resultados clínicos e econômicos de um serviço de Cuidado Farmacêutico realizado com pacientes diagnosticados com DM no município de Ribeirão Preto (SP) ^{6,7}

Outro estudo realizado no mesmo município acompanhou um grupo selecionado de **104 pessoas diagnosticadas com HAS** que retiravam seus medicamentos em uma farmácia de Unidade Básica de Saúde. Esses pacientes foram convidados a ser atendidos por um serviço de Cuidado Farmacêutico, em que seriam acompanhados **durante 12 meses** por um farmacêutico, com a finalidade de receberem informações detalhadas sobre os medicamentos que utilizavam, sobre o problema de saúde que possuíam, bem como sobre a integração dos cuidados com os demais profissionais da Atenção Básica. Nesse processo, o farmacêutico assumiria a gestão do cuidado e da agenda dos pacientes, baseando-se em protocolos pré-estabelecidos para solicitação de exames e agendamento de consultas.

O acompanhamento dessas pessoas foi dividido em três fases, pré-Cuidado Farmacêutico, Cuidado Farmacêutico e pós-Cuidado Farmacêutico. As fases pré e pós duraram três anos cada, e o Cuidado Farmacêutico teve duração de 12 meses. Ao todo, os pacientes foram acompanhados por sete anos, e os resultados mostraram redução nos valores de sua pressão arterial, no perfil lipídico, no número de consultas na atenção especializada e no Pronto Atendimento, assim como aumento no número de consultas da Atenção Básica, comparado ao período pré-Cuidado Farmacêutico. Neste, os pacientes recebiam os atendimentos normais, baseando-se no modelo biomédico vigente, centrado na consulta médica e na distribuição mensal dos medicamentos. Esses desfechos clínicos e humanísticos foram acompanhados por resultados econômicos promissores⁸.



Entre os resultados clínicos, pode-se destacar que a pressão arterial sistólica e diastólica dos pacientes nos períodos pré-Cuidado Farmacêutico, Cuidado Farmacêutico e pós-Cuidado Farmacêutico foram 134/84 mmHg, 118/75 mmHg e 125/79 mmHg, respectivamente. Convém destacar que, mesmo após receberem alta do serviço de Cuidado Farmacêutico, os pacientes mantiveram os valores de pressão arterial mais baixo que o apresentado no período pré-Cuidado Farmacêutico.

O estudo evidencia, ainda, que houve um aumento no número de consultas na atenção primária, subindo de 1,66 para 2,36 consultas por pacientes/ano ao longo do estudo, o que promoveu uma redução no número das consultas nas UPAs do município de 1,70 para 1,06 atendimentos por paciente/ano.



Os pesquisadores observaram ainda, ao longo dos sete anos de estudo, redução no perfil lipídico dos pacientes atendidos pelo serviço de Cuidado Farmacêutico, principalmente nos valores de triglicérides (de 176 mg/dL para 155 mg/dL), de colesterol total (de 212 mg/dL para 200 mg/dL) e de LDL colesterol (de 136 mg/dL para 125 mg/dL).

Em relação ao impacto econômico, o estudo aponta que o custo por paciente ao ano antes da implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico era de US\$ 198,37, e que após a implantação desse serviço, o custo paciente/ano reduziu para US\$ 197,11.





Fonte: "Imagens - Freepik ©"



IMPORTANTE!

O serviço de saúde do seu município está estruturado, do ponto de vista físico e organizacional, para implantar o Cuidado Farmacêutico?

Para ajudar nessa reflexão, que tal conhecer a experiência de municípios brasileiros de pequeno, médio e grande porte que implantaram ou estão em fase de implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica? Em nossa videoaula você assistirá depoimentos com essas experiências exitosas.

REFLITA!

Quais suas impressões sobre o serviço de Cuidado Farmacêutico nos municípios brasileiros? Você consegue imaginar esse serviço inserido na Atenção Básica do seu município? Os resultados e dificuldades que você imagina para seu município seriam semelhantes aos apresentados pelos farmacêuticos nos vídeos?



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Considerações finais

Depois de assistir à última aula, de tomar conhecimento dos desfechos clínicos, econômicos e humanísticos, bem como assistir ao vídeo relatando a experiência dos municípios de Salto Grande (SP), Divinópolis (MG) e São Paulo (SP), vamos tentar responder a uma importante questão: por que o farmacêutico foi o profissional de saúde mais indicado para assumir esse papel ante os usuários? Pense no fluxo dos usuários do sistema de saúde do seu município, e observe que todos os meses os pacientes retornam à farmácia das unidades de saúde para retirar seus medicamentos. Diante dessa realidade, o farmacêutico é o profissional de saúde que tem contato mensal com a maioria dos pacientes, portanto seria mais adequado que esse profissional fosse o responsável por assumir a gestão do cuidado relacionado ao uso do medicamento. Em adição, foi possível perceber nas discussões anteriores deste curso que a morbimortalidade causada pelo uso inadequado dos medicamentos é um problema gravíssimo, tanto no exterior como no Brasil, dessa forma o farmacêutico é o profissional da equipe de saúde que deve ser preparado para enfrentar esse problema, devido à expertise de sua formação acadêmica.

Diante de todas as experiências relatadas nesta aula até o momento, tornou-se claro que para a implantação do Cuidado Farmacêutico é fundamental que o profissional da área tenha disponível uma infraestrutura mínima. Além da estrutura física, a equipe de farmácia (auxiliares e farmacêuticos) deve estar preparada para iniciar o Cuidado Farmacêutico. O auxiliar será fundamental para o sucesso desse processo, pois o farmacêutico, ao assumir o papel de organizador do cuidado do paciente, não poderá permanecer a totalidade do seu tempo envolvido nas atividades de gestão e dispensação dentro da farmácia, que necessitará de uma reorganização do serviço. Além de reorganizar o serviço dentro do ambiente da farmácia, será importante modificar a estrutura do trabalho desenvolvido com os outros profissionais, implementando protocolos terapêuticos para o acompanhamento e o manejo dos pacientes, bem como estabelecendo os fluxos dos usuários dentro do sistema de saúde. Tal processo de construção do Cuidado Farmacêutico será abordado ao longo deste curso, mostrando como preparar e organizar o serviço de saúde e os profissionais do seu município para a implantação desse serviço.

Síntese da aula

- O objetivo desta aula foi mostrar que a morbimortalidade relacionada aos medicamentos é um problema relevante em âmbito mundial e também no Brasil. Além disso, foi demonstrado que o Cuidado Farmacêutico apresenta impacto humanístico, clínico e econômico, a partir da análise de uma avaliação internacional realizada pelo NICE (Inglaterra) e da exposição de algumas experiências exitosas naquele país.
- Pôde-se observar que o Cuidado Farmacêutico poderá trazer muitos benefícios para os usuários e para a organização do serviço de saúde do seu município, reduzindo a morbimortalidade relacionada ao uso inadequado dos medicamentos.

Nesta aula, você teve a oportunidade de estudar as evidências do impacto humanístico, clínico e econômico do serviço de Cuidado Farmacêutico, assim como as experiências exitosas na Atenção Básica de municípios que implantaram e já realizam esse serviço.

Na próxima aula, convidamos você a conhecer um pouco mais sobre as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) clínicas, bem como fazer uma reflexão da prática dos farmacêuticos para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico e as atribuições clínicas necessárias a esse profissional, voltadas para o cuidado integrado e compartilhado em saúde.

Referências

1. Souza TT, Godoy RR, Rotta I, Pontarolo R, Fernandez-Llimos F; Correr CJ. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2014;35(4):519-32.
2. Teles AS, Oliveira RFA, Coelho TCB, El Fahl RT, Mendes WML, Santos PNP. Papel dos medicamentos nas intoxicações causadas por agentes químicos em município da Bahia, no período de 2007 a 2010. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2013;34(2): 281-88.
3. Souza TT. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais [dissertação]. Curitiba: UFPR; 2013.
4. NICE. National Guideline Centre. Chapter 10. Community-based pharmacists. Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organization. *Nice Guideline 94*, march 2018.
5. Santos FTC, Silva DLM, Tavares NUL. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. *Braz j pharm sci.* 2018;54(3):1-11.
6. Borges APS, Guidoni CM, Ferreira LD, Freitas O, Pereira LRL. The Pharmaceutical care of patients with type 2 diabetes mellitus. *Pharm World Sci.* 2010 Dec;32(6):730-6.
7. Borges APS, Guidoni CM, Freitas O, Pereira LRL. Economic evaluation of outpatients with type 2 diabetes mellitus assisted by a pharmaceutical care service. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2011 Dec;55(9):686-91.
8. Cazarim M, Freitas O, Penaforte TR, Achcar A, Pereira LRL. Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge. *PLoS One.* 2016 Jun 15;11(6):e0155204.

Aula 7 - Noções de competências clínicas para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico

Samuel Amano Máximo

Ementa da aula

Esta aula aborda as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) clínicas, bem como uma reflexão da prática dos farmacêuticos para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico e as atribuições clínicas necessárias a esse profissional, voltadas para o cuidado integrado e compartilhado em saúde.



Objetivo de aprendizagem

Compreender e refletir as competências clínicas necessárias para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico.



Introdução

Desenvolvimento histórico da formação farmacêutica no Brasil

REFLITA!

Por que precisamos resgatar historicamente a formação farmacêutica no Brasil?



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Ao longo do tempo, a profissão farmacêutica passou por uma série de transformações e vivenciou um avanço significativo, conforme vimos na *Aula 5 do Módulo 1: O Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção à Saúde*. Nesse sentido, é importante refletir sobre a evolução da formação do farmacêutico no Brasil, e se ela acompanhou, ou não, as mudanças sofridas na prática de atuação desse profissional no decorrer dos anos.

A profissão farmacêutica, do ponto de vista histórico, possui três fases: tradicional, de transição e de cuidado ao paciente, sendo esta última a que atualmente nos encontramos¹. Partimos de um processo de formação com caráter tecnicista e acrítico, com foco no medicamento e na sua produção, deslocado das necessidades sociais, em busca de uma formação com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, que nos permita uma melhor compreensão do indivíduo com foco na atuação compartilhada e social, mas que ainda não está totalmente consolidada².



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

As conseqüentes mudanças políticas, ocorridas no país ao longo das últimas décadas, provocaram um debate por um ensino integrado, o que culminou inicialmente na publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2002 e, mais recentemente, na Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017, que define que a formação do farmacêutico deve ser humanista, crítica, reflexiva e generalista^{1,3}.

O Art. 6º da referida resolução determina que:



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

“O Curso de Graduação em Farmácia deve estar alinhado com todo o processo de saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, com a realidade epidemiológica, socioeconômica, cultural e profissional, proporcionando a integralidade das ações de Cuidado em Saúde, Tecnologia e Inovação em Saúde e Gestão em Saúde”.

E o artigo seguinte, parágrafo 2, estabelece que:

*“A carga horária do curso, excetuando-se o estágio curricular e as atividades complementares, deve ser distribuída da seguinte forma:
I - 50% no eixo cuidado em saúde;
II - 40% no eixo tecnologia e inovação em saúde;
III - 10% no eixo gestão em saúde”.*

Isso demonstra a importância do componente cuidado e das habilidades clínicas voltadas para a melhoria dos resultados em saúde da população.

SAIBA MAIS!

De acordo com Eboli⁴ (p. 39), “... é bom lembrar que generalista é a competência para o amplo exercício profissional e que os cuidados para uma plena consistente formação permanecem como ingredientes indispensáveis e fundamentais”.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Aliado ainda à formação farmacêutica, existem poucos cursos de pós-graduação no modelo *stricto sensu* que abordam o tema Cuidado Farmacêutico. Em contrapartida, há vários cursos de pós-graduação *lato sensu* sobre esse tema, entretanto, a maioria não apresenta atividades práticas, tampouco estão vinculados a serviços de extensão universitária ou a algum serviço de saúde, o que representa um obstáculo para a implantação e a oferta de serviços de Cuidado Farmacêutico⁵.

As residências multiprofissionais na atenção básica, com destaque para a de saúde da família, se apresentam como alternativas para se operacionalizar uma formação clínica e voltada para o paciente. Essa integração ensino-serviço contribui para uma formação profissional na área da saúde em consonância com as diretrizes e princípios do SUS².

Apesar de todos os esforços, é possível identificar ainda um aspecto tecnicista e especialista na formação do farmacêutico, com fragmentação dos saberes, sem priorizar a visão de todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional⁶.

O Cuidado Farmacêutico como uma necessidade social e as atribuições clínicas do farmacêutico

No mundo inteiro, os sistemas de saúde têm enfrentando desafios em relação a restrições orçamentárias, alta prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e aumento dos problemas relacionados à farmacoterapia que levam a morbidades e mortalidade relacionadas aos medicamentos⁷.



A Organização Pan-Americana da Saúde publicou documentos que visam estabelecer a clínica centrada na pessoa e na família como uma mudança necessária no modelo de atenção para o enfrentamento das condições crônicas e que vêm prevalecendo nos últimos anos. Essa mudança no modelo de atenção envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido por meio de sistemas integrados⁸.

Essa nova forma de clínica atende a proposta de modelo de atenção à saúde que vem sendo construído no Brasil ao longo dos últimos 30 anos, desde a implantação do SUS. Tal modelo deve levar em consideração a transição demográfica, a complexidade epidemiológica com predominância das doenças e agravos não transmissíveis, com a resistência das infectocontagiosas e com a emergência das causas externas⁹.

Essas mudanças incidiram na necessidade de um novo perfil do profissional farmacêutico, com expansão de suas atividades clínicas. Desse modo, o farmacêutico contemporâneo deve desempenhar atividades voltadas para o cuidado direto ao paciente, promovendo o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, redefinindo sua prática a partir das necessidades das pessoas, família, cuidadores e comunidade¹⁰.

No Brasil, observamos o crescimento da prática clínica do farmacêutico nas últimas décadas, movimento este impulsionado pelo marco da publicação da Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica em 2002, passando pela mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Farmácia no mesmo ano, aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004), Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (2005), e Resolução da Diretoria Colegiada nº 44/2009 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁷.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Mais recentemente, a regulamentação das atribuições clínicas do farmacêutico foi efetivada no país por meio da Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585/2013 do CFF. As atribuições dispostas nessa resolução correspondem aos direitos, responsabilidades e competências do farmacêutico, no âmbito de suas atividades clínicas, e estão organizadas em três eixos:

*“ I. cuidado à saúde no âmbito individual e coletivo,
II. comunicação e educação em saúde, e
III. gestão da prática, produção e aplicação
do conhecimento”¹⁰.*

A atuação clínica do farmacêutico busca a prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados a farmacoterapia, considerando todos os aspectos relacionados ao uso de medicamentos, como a seleção farmacoterapêutica, e a administração e adesão aos medicamentos pelos usuários. Trata-se de um conjunto de atividades que se materializam por meio das atribuições clínicas relativas ao cuidado à saúde no âmbito individual e coletivo, conforme definidas na Resolução nº 585/2013 do CFF e elencadas na Tabela 2.

I – Estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente;
II – Desenvolver, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde;
III – Participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequência, horários, vias de administração e duração adequados, contribuindo para que o mesmo tenha condições de realizar o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos;
IV – Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;
V – Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde, com o propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente;
VI – Participar e promover discussões de casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde;
VII – Prover a consulta farmacêutica em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento;
VIII – Fazer a anamnese farmacêutica, bem como verificar sinais e sintomas, com o propósito de prover cuidado ao paciente;
IX – Acessar e conhecer as informações constantes no prontuário do paciente;
X – Organizar, interpretar e, se necessário, resumir os dados do paciente, a fim de proceder à avaliação farmacêutica;
XI – Solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia;

Tabela 2. Atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde no âmbito individual e coletivo

Continua...

XII – Avaliar resultados de exames clínico-laboratoriais do paciente, como instrumento para individualização da farmacoterapia;

XIII – Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos, por meio de dados de farmacocinética clínica;

XIV – Determinar parâmetros bioquímicos e fisiológicos do paciente, para fins de acompanhamento da farmacoterapia e rastreamento em saúde;

XV – Prevenir, identificar, avaliar e intervir nos incidentes relacionados aos medicamentos e a outros problemas relacionados à farmacoterapia;

XVI – Identificar, avaliar e intervir nas interações medicamentosas indesejadas e clinicamente significantes;

XVII – Elaborar o plano de cuidado farmacêutico do paciente;

XVIII – Pactuar com o paciente e, se necessário, com outros profissionais da saúde, as ações de seu plano de cuidado;

XIX – Realizar e registrar as intervenções farmacêuticas junto ao paciente, família, cuidadores e sociedade;

XX – Avaliar, periodicamente, os resultados das intervenções farmacêuticas realizadas, construindo indicadores de qualidade dos serviços clínicos prestados;

XXI – Realizar, no âmbito de sua competência profissional, administração de medicamentos ao paciente;

XXII – Orientar e auxiliar pacientes, cuidadores e equipe de saúde quanto à administração de formas farmacêuticas, fazendo o registro destas ações, quando couber;

XXIII – Fazer a evolução farmacêutica e registrar no prontuário do paciente;

XXIV – Elaborar uma lista atualizada e conciliada de medicamentos em uso pelo paciente durante os processos de admissão, transferência e alta entre os serviços e níveis de atenção à saúde;

XXV – Dar suporte ao paciente, aos cuidadores, à família e à comunidade com vistas ao processo de autocuidado, incluindo o manejo de problemas de saúde autolimitados;

XXVI – Prescrever, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;

XXVII – Avaliar e acompanhar a adesão dos pacientes ao tratamento, e realizar ações para a sua promoção;

XXVIII – Realizar ações de rastreamento em saúde, baseadas em evidências técnico-científicas e em consonância com as políticas de saúde vigentes.

Fonte: Resolução nº 585/2013 do CFF¹⁰(p. 4-9).

Ao abrir seus horizontes e redirecionar seu processo de trabalho para as necessidades dos indivíduos relacionadas aos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva, o farmacêutico deve compreender os fatores que condicionam o comportamento do usuário no contexto singular e valorizar saberes e práticas populares de saúde, de forma a construir um vínculo terapêutico e garantir a continuidade e a autonomia dos usuários em relação ao seu cuidado^{8,11}.

De forma complementar às ações clínicas, as atividades técnico-pedagógicas visam a troca de saberes e conhecimentos, ou seja, a educação e o empoderamento da equipe e da comunidade com foco na promoção do uso racional de medicamentos, envolvendo assim ações voltadas para a coletividade e que têm como objetivo a formação em saúde. Nesse sentido, as atribuições do farmacêutico voltadas para a comunicação e educação em saúde envolvem processos de integração com outros profissionais, além do compartilhamento de saberes e práticas, que são fundamentais para a melhoria dos resultados dos processos em saúde e estão de acordo com as diretrizes da Atenção Básica. Além disso, envolvem atividades voltadas para os pacientes, suas famílias e comunidades e o desenvolvimento da autonomia deles, por meio dos programas educativos e de construção compartilhada do conhecimento¹¹.

A Tabela 3 elenca as atribuições clínicas relacionadas à comunicação e educação em saúde, conforme estabelecidas na Resolução nº 585/2013 do CFF.

I – Estabelecer processo adequado de comunicação com pacientes, cuidadores, família, equipe de saúde e sociedade, incluindo a utilização dos meios de comunicação de massa;

II – Fornecer informação sobre medicamentos à equipe de saúde;

III – Informar, orientar e educar os pacientes, a família, os cuidadores e a sociedade sobre temas relacionados à saúde, ao uso racional de medicamentos e a outras tecnologias em saúde;

IV – Desenvolver e participar de programas educativos para grupos de pacientes;

V – Elaborar materiais educativos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e de outros problemas relacionados;

VI – Atuar no processo de formação e desenvolvimento profissional de farmacêuticos;

VII – Desenvolver e participar de programas de treinamento e educação continuada de recursos humanos na área da saúde.

Tabela 3. Atribuições clínicas do farmacêutico relacionadas à comunicação e educação em saúde



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

O processo saúde/doença/cuidado compreende uma diversidade e uma complexidade de fatores que impactam e reorientam a vida das pessoas. O medicamento, produto do trabalho historicamente atribuído ao farmacêutico, tem um papel fundamental nesse processo, transformando-se em um símbolo reconhecido pelos atores sociais envolvidos¹². Nesse sentido, deixa de ser apenas um produto para integrar o conjunto de instrumentos necessários à saúde e ao bem-estar em nossa sociedade o qual, quando utilizado de maneira racional, se apresenta como um recurso de maior custo-efetividade.

Entretanto, quando utilizado de forma inadequada, vem a ser um problema de saúde pública mundial¹³. Nesse contexto, o farmacêutico pode atuar na gestão do conhecimento, por exemplo, no levantamento, análise e avaliação de dados quanto à utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde (Tabela 4). O modelo de gestão por processos, nos serviços farmacêuticos, possibilita organizar o trabalho de forma a contribuir com informações e indicadores para o monitoramento, a avaliação, a qualificação dos serviços e a obtenção de resultados. Isso nos permite considerar a importância de que a gestão e a clínica sejam faces do mesmo serviço e que devem estar articuladas para assegurar o sucesso das ações profissionais dos farmacêuticos no processo de cuidado¹¹.

I – Participar da coordenação, supervisão, auditoria, acreditação e certificação de ações e serviços no âmbito das atividades clínicas do farmacêutico;

II – Realizar a gestão de processos e projetos, por meio de ferramentas e indicadores de qualidade dos serviços clínicos prestados;

III – Buscar, selecionar, organizar, interpretar e divulgar informações que orientem a tomada de decisões baseadas em evidência, no processo de cuidado à saúde;

IV – Interpretar e integrar dados obtidos de diferentes fontes de informação no processo de avaliação de tecnologias de saúde;

V – Participar da elaboração, aplicação e atualização de formulários terapêuticos e protocolos clínicos para a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde;

VI – Participar da elaboração de protocolos de serviços e demais normativas que envolvam as atividades clínicas;

VII – Desenvolver ações para prevenção, identificação e notificação de incidentes e queixas técnicas relacionados aos medicamentos e a outras tecnologias em saúde;

VIII – Participar de comissões e comitês no âmbito das instituições e serviços de saúde, voltados para a promoção do uso racional de medicamentos e da segurança do paciente;

IX – Participar do planejamento, coordenação e execução de estudos epidemiológicos e demais investigações de caráter técnico-científico na área da saúde;

X – Integrar comitês de ética em pesquisa;

XI – Documentar todo o processo de trabalho do farmacêutico.

Tabela 4. Atribuições clínicas do farmacêutico à gestão da prática, produção e aplicação do conhecimento
Fonte: Resolução nº 585/2013 do CFF¹⁰ (p. 6).

Estudos demonstram que as atividades clínicas do farmacêutico promovem resultados positivos no manejo da terapia medicamentosa, incidindo na melhora da condição de saúde do paciente. A farmácia, devido ao fácil acesso à população, é a porta de entrada para o sistema de saúde. Por isso, apresentar-se como farmacêutico implica desenvolver a ação clínica, em maior ou menor grau de complexidade, mas sempre em direção à produção de cuidado⁷.

Ao agregar conhecimentos clínicos na construção de projetos terapêuticos singulares, o farmacêutico define uma nova práxis como componente essencial no sistema de saúde e tem o potencial de colaborar positivamente com as práticas de outros profissionais, contribuindo principalmente para a melhoria dos resultados em saúde associados ao uso de medicamentos.

“E é na construção desse novo paradigma que se apresenta o futuro da profissão farmacêutica⁸.”

Nesse contexto de necessidade social, os farmacêuticos devem estar aptos a desenvolver suas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), a fim de garantir um atendimento qualificado ao paciente em suas necessidades, alcançando resultados concretos de melhoria de qualidade de vida da população assistida¹².

LEMBRE-SE!

A expansão das atividades clínicas do farmacêutico ocorreu como resposta ao fenômeno da transição demográfica e epidemiológica observado na sociedade. A crescente morbimortalidade relativa às doenças e agravos não transmissíveis, bem como o maior acesso e consumo da farmacoterapia repercutiram nos sistemas de saúde, exigindo um novo perfil do farmacêutico¹².



Fonte: “Imagens - Freepik ©”



Competências para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico

A competência profissional é imprescindível para o exercício de qualquer profissão, no entanto, definir e avaliar competências não são tarefas simples, pois existem inúmeras definições para o conceito de competência. Termos como valores, comportamento, desempenho, tarefas e objetivos são usados muitas vezes de maneira intercambiável, e mesmo entre especialistas na área não existe consenso¹⁴.




O conceito de competência teve origem no ambiente do trabalho, a partir da necessidade por parte das empresas de estabelecer critérios de seleção dos trabalhadores e torná-los mais produtivos. Para tanto, era necessário definir: quais tarefas esses trabalhadores deveriam realizar; como tais tarefas deveriam ser realizadas; e quais seriam os critérios de desempenho para se concluir que o trabalhador era competente¹⁴.

Uma crítica a essa abordagem centrada nas tarefas é o entendimento de que competência é um conjunto de tarefas independentes, não havendo relevância nas relações existentes entre elas. A abordagem centrada nos atributos, por sua vez, estabelece que, para o profissional ser capaz de realizar com competência suas tarefas, este deve possuir determinados atributos. Nessa concepção de competência, os atributos são preditores do futuro desempenho, ou seja, o desempenho seria a expressão síntese dos atributos¹⁴.

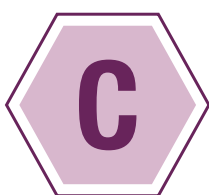
Durand (1999 citado por Ruas¹⁵) estabeleceu, em 1999, o conceito de competência em três dimensões interdependentes: **conhecimento** (saber – o quê e o porquê); **habilidades** (saber fazer – técnica); e **atitudes** (saber agir – determinação), sendo este provavelmente o conceito mais bem aceito e utilizado nas organizações.

“O documento intitulado *Competencias del farmacêutico para desarrollar los servicios farmacêuticos basados em la atención primaria de salud y las buenas prácticas em farmacia*, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com a Federação Internacional Farmacêutica (FIP), adota uma definição de competência similar à de Durand, citada anteriormente: *competências são características (conhecimentos, habilidades e atitudes) das pessoas, que são colocadas em prática ao executar determinada tarefa ou trabalho e estão relacionadas com o desempenho exitoso da atividade laboral*¹⁶.”

O referido documento atribui ainda a seguinte classificação com relação a competências:

	
<p>GENÉRICAS</p> <p>Essenciais para o adequado desenvolvimento das tarefas de equipe; são comuns e compartilhadas entre todos os membros da equipe e são aquelas que permitem que os profissionais se adaptem às novas condições de trabalho, se mantenham atualizados e superem os problemas que devem enfrentar em seus respectivos cargos. Entre elas são abordadas a comunicação, o manejo da informação e a gestão de recursos e saúde pública.</p>	<p>HUMANÍSTICAS</p> <p>Diz respeito ao conjunto de valores éticos dos profissionais para o uso e aplicação dos conhecimentos adquiridos. Referem-se ao exercício profissional e à sua responsabilidade social perante a comunidade (ética profissional).</p>
	
	<p>ESPECÍFICAS</p> <p>Predominam os aspectos técnicos e são inerentes a cada profissão. Estão ligadas aos processos e contribuições individuais e coletivas, dependente dos conhecimentos e habilidades.</p>

Para um maior entendimento desses conceitos, vamos tentar compreender o que são essas características ou dimensões interdependentes.



O **conhecimento** (o saber) significa todo o acervo de informações, conceitos, experiências e aprendizagem que possuímos. Como o conhecimento é mutante e dinâmico, pois muda constantemente em função da mudança e da inovação, é imprescindível ao profissional atualizar-se continuamente. O conhecimento é necessário e fundamental, mas não é o suficiente. A este precisam ser acrescentadas as habilidades e atitudes¹⁷.



Habilidade (saber fazer) é a capacidade de transformar o conhecimento em ação, resultando em um desempenho desejado. As habilidades podem se subdividir em três tipos: técnicas (envolvem o conhecimento especializado), humanas (relacionamento interpessoal e grupal) e conceituais (visão da organização como um todo)¹⁷.



Atitudes (saber agir) significa o comportamento pessoal do profissional diante das situações com que se depara no ambiente de trabalho, caracterizando o saber ser e agir do profissional. Deve-se saber agir de modo a empregar adequadamente os conhecimentos e habilidades¹⁷.

Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Essas dimensões saber, saber fazer e saber agir estão inter-relacionadas e às vezes se confundem. Nesse sentido, outros autores atribuem ao conceito de competência uma amplitude maior de significados, abrangendo capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas^{15,17}.

Ruas¹⁵ afirma que a competência não se reduz ao saber, nem ao saber fazer, mas, sim, à capacidade de mobilizar e aplicar esses conhecimentos e técnicas em determinada condição, com recursos e restrições presentes¹⁷. O fato de as pessoas possuírem conhecimentos, habilidades e atitudes, não garante benefícios diretamente para um determinado trabalho, pois os indivíduos entregam o que uma organização espera ou necessita de diferentes maneiras, isso porque conhecimento, habilidade e atitude se articulam de formas diferentes entre as pessoas¹⁸.



O desenvolvimento de competências contribui significativamente para a formação dos indivíduos e para a mudança de atitude em relação à prática de trabalho¹⁹. Qualquer que seja a definição dada para competência, é inegável a sua importância em termos de condições profissionais satisfatórias.

Fonte: "Imagens - Pixabay ©"

Como já discutido no início desta unidade (Desenvolvimento histórico da formação farmacêutica no Brasil), durante muito tempo o farmacêutico teve seu papel negligenciado enquanto profissional de saúde ligado ao cuidado. Nesse sentido, o serviço de Cuidado Farmacêutico estabelece o reencontro entre farmacêutico e paciente, exigindo do profissional novas competências para se responsabilizar pelo cuidado e bem-estar do paciente²⁰.

Para que o farmacêutico possa desenvolver o papel de provedor de cuidados em saúde, é preciso ter bem definidas as suas atribuições, responsabilidades e as competências necessárias para praticar uma abordagem focada no paciente⁸. O profissional precisa buscar desenvolver habilidades para o trabalho clínico e então colocá-lo em prática, para assim mostrar seu potencial a gestores, a outros profissionais de saúde e à comunidade⁷.

O atendimento farmacêutico, seguramente, deve fazer parte do contexto do cuidado multidisciplinar e possui como principais metas²⁰:

- A orientação dos pacientes direcionada ao acesso aos medicamentos por meio da atenção básica, dos componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica.
- A educação do paciente sobre seus medicamentos e problemas de saúde, de modo a aumentar sua compreensão do tratamento e promover o autocuidado.
- A promoção da adesão do paciente ao tratamento, por meio da orientação terapêutica, da redução da complexidade do tratamento e da provisão de recursos que apoiem a tomada de medicamentos.
- A otimização da farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação e, quando possível, da redução da carga de comprimidos e do custo do tratamento.
- A avaliação da efetividade e da segurança dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia, quando necessário, com o prescritor e a equipe de saúde.
- A identificação, a prevenção e o manejo de erros de medicação, de interações medicamentosas, de reações adversas, de intoxicações e de riscos associados aos medicamentos.
- A educação do paciente para a guarda, conservação e a destinação adequada dos medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde ligados à terapêutica.

Em 2017, o CFF publicou o relatório intitulado “Competências para atuação clínica do farmacêutico”, resultado dos trabalhos realizados no I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica, e teve como produto final uma proposta de Matriz de Competências para Atuação Clínica, resultante da Consulta Pública/CFF nº 01/2016, que tem como objetivo ser um instrumento norteador para a formação clínica de farmacêuticos no país²¹.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

A matriz proposta é organizada em três áreas de competência – cuidado à família e à comunidade; cuidado ao paciente; organização e gestão de serviços/desenvolvimento profissional e pessoal para o cuidado à saúde – considerando competência, conforme Hager, Gonzi e Athanasou (1994 citados por CFF), como²⁰:

“A mobilização de diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, problemas da prática profissional, em diferentes contextos. Esses recursos ou atributos são as capacidades cognitivas atitudinais e psicomotoras mobilizadas, de modo integrado, para a realização de ações profissionais²¹ (p. 122).”



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Esse conceito de competência define objetivos instrucionais cognitivos (conhecer e conhecer como fazer), atitudinais (demonstrar como fazer e fazer propriamente dito em ambientes reais), e metahabilidades bem definidas, como aprender a aprender, autoavaliação, liderança, trabalhar em grupo, expressão e comunicação, reflexão sobre a práxis, entre outras. As competências-chave listadas para estas três áreas são²¹:

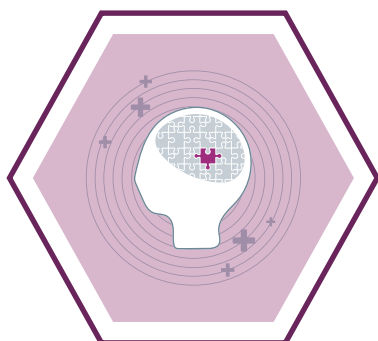
- Identificar e avaliar a demanda de saúde da comunidade;
- Planejar, executar e avaliar ações de saúde coletiva;
- Realizar o acolhimento ou identificação de demanda;
- Identificar as necessidades e os problemas de saúde do paciente;
- Elaborar o plano de cuidado;
- Realizar intervenções estabelecidas no plano de cuidado;
- Avaliar os resultados das intervenções realizadas;
- Reconhecer e avaliar a organização dos serviços de saúde e sua integração com as redes de atenção à saúde;
- Realizar comunicação e gestão da tecnologia de informação em saúde, e atuar com competência cultural;
- Gerenciar pessoas;
- Desenvolver comportamento ético, legal e responsabilidade profissional;
- Gerenciar processos administrativos e clínicos no cuidado à saúde;
- Gerenciar conhecimento e educação permanentes;
- Gerenciar políticas públicas de saúde.

Conhecimentos requeridos para o Cuidado Farmacêutico

O farmacêutico deve se conscientizar sobre seu importante papel nas redes de atenção à saúde. O autorreconhecimento como profissional de saúde é vital para que o farmacêutico incorpore a filosofia do cuidado em saúde e utilize seus conhecimentos para realizar as atividades clínicas e, assim, tornar-se um diferencial dentro da equipe de saúde⁷.

Para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico é essencial a incorporação da filosofia do cuidado em saúde pelo farmacêutico, a qual deve estar alicerçada em uma série de conhecimentos essenciais para a plena compreensão do indivíduo e sua realidade biopsicossocial, indo para além da sua dimensão orgânica e biológica¹¹.

A atual defasagem da formação desses profissionais na área clínica se apresenta como uma das grandes barreiras na efetivação dos serviços de Cuidado Farmacêutico e está associada à deficiência do processo de formação e preparação para o desenvolvimento da prática centrada na pessoa. As novas diretrizes dos cursos de farmácia têm contribuído para superarmos essa defasagem formativa, a partir da formação generalista, mas muito também pela busca de atualização dos próprios profissionais, por meio de cursos de especialização que enfatizem temas relacionados a questões sanitárias e sociais^{13,22}.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

É evidente que o conhecimento específico do profissional farmacêutico sobre o uso racional de medicamentos e as bases farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacoterapêuticas, devem fazer parte da cesta básica de conhecimentos do profissional^{11,23}.

No entanto, o cuidado farmacêutico prevê uma mudança de foco do produto (medicamento) para o indivíduo, desse modo, é fundamental que o profissional se aproprie de outras ciências, como a semiologia, fisiopatologia das principais doenças atendidas, sinais e sintomas dos diversos aparelhos, interpretação de exames laboratoriais, processo saúde-doença e métodos clínicos para a prática do Cuidado Farmacêutico^{20,24}.

Ainda que o foco principal da atuação clínica do farmacêutico seja o bem-estar do paciente de maneira global, é indiscutível que a preocupação com a identificação e resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia seja um ponto chave desse serviço. O farmacêutico deve compreender que o resultado de um tratamento farmacológico está ligado à inter-relação de diversos eventos, atores e condições, de forma complexa e nem sempre previsível^{20,24}.

A farmacoterapia obtém sucesso quando resultados como prevenção de doenças, controle, cura, normalização de parâmetros laboratoriais e/ou alívio de sintomas são alcançados conforme esperado²⁴. Contudo, estudos demonstram que os problemas relacionados à farmacoterapia vêm produzindo mais danos do que as próprias doenças de base que geraram a necessidade da utilização desses medicamentos. Nesse sentido, as principais condutas farmacêuticas na atuação clínica estão relacionadas à prevenção, identificação e resolução de problemas da farmacoterapia²⁰.

Destaca-se que “problema relacionado à farmacoterapia” é uma expressão abrangente e pode ser entendida como “qualquer evento indesejável vivenciado pelo usuário que envolva a farmacoterapia e que interfere com o alcance das metas terapêuticas do tratamento”²⁵.

Nesse contexto, um problema relacionado à farmacoterapia, sempre possui três componentes principais²⁴:



Um evento indesejável ou o risco de um evento indesejável é vivenciado pelo paciente, através de uma queixa clínica, sinal, sintoma, diagnóstico, doença, agravo, disfunção, exames laboratoriais alterados ou uma síndrome.



A farmacoterapia (produtos e/ou regime posológico) faz parte do problema.



Há uma relação existente ou suspeita entre o evento e a farmacoterapia através de uma relação direta causa-efeito, ou pode requerer a adição ou modificação da farmacoterapia para sua resolução ou prevenção.

Fonte: “Imagens - Flaticon ©”



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Como vimos na aula anterior, nem todos os resultados da farmacoterapia podem ser descritos como desfechos clínicos, os “desfechos humanísticos” são igualmente importantes e, em alguns casos, prioritários, assim como o aspecto econômico da farmacoterapia também deve ser considerado como um componente importante do impacto do tratamento sobre a vida do usuário e da sociedade²⁴.

Entretanto, é fundamental que os farmacêuticos busquem aperfeiçoar e facilitar o processo de uso de medicamentos de forma integrada com a equipe de saúde, partilhando metas terapêuticas com foco em resultados clínicos definidos que beneficiem e que estejam de acordo com as vontades do paciente. Nesse caso, é imprescindível o conhecimento de protocolos e diretrizes clínicas, assim como o domínio do método clínico a ser seguido²⁰.

Como já vimos nesta aula, é atribuição do farmacêutico – relacionada à gestão da prática, à produção e à aplicação do conhecimento – conhecer e aplicar protocolos clínicos, sendo fundamental conhecer as diretrizes mais atuais para o tratamento das condições de saúde mais prevalentes em seu atendimento.

Ao se buscar uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, o farmacêutico deve apropriar-se de parâmetros clínicos e laboratoriais classificados conforme protocolos e diretrizes clínicas, os quais incluem, normalmente, sinais observáveis (frequência cardíaca, temperatura corporal, pressão arterial), sintomas (dor, melancolia, cansaço, prurido) ou exames clínicos e laboratoriais (glicemia, LDL-C, TSH, eletrocardiograma, densidade óssea, dosagem de creatinina e ureia, testes de função hepática e monitorização dos níveis terapêuticos dos fármacos). Os exames laboratoriais são, comumente, utilizados como parâmetros de monitorização pelas seguintes razões^{24 (p. 229)}:

- Servem como referência basal (baseline) antes do início da farmacoterapia;
- Indicam o progresso em direção às metas terapêuticas;
- Orientam o ajuste de dose do medicamento em relação à função renal e hepática do usuário;
- Podem indicar efeitos adversos e tóxicos, assim como doses subterapêuticas, dos medicamentos em uso.

Para alcance dos resultados expostos anteriormente, a consulta farmacêutica deve possuir uma sistematização das etapas a serem seguidas pelo farmacêutico, a fim de auxiliar o usuário no alcance das metas de seu tratamento. O Ministério da Saúde, no Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde, publicado em 2014, ao utilizar elementos presentes nos principais métodos clínicos presentes na literatura, propõe que a consulta farmacêutica consista de quatro etapas (Figura 1)¹¹:

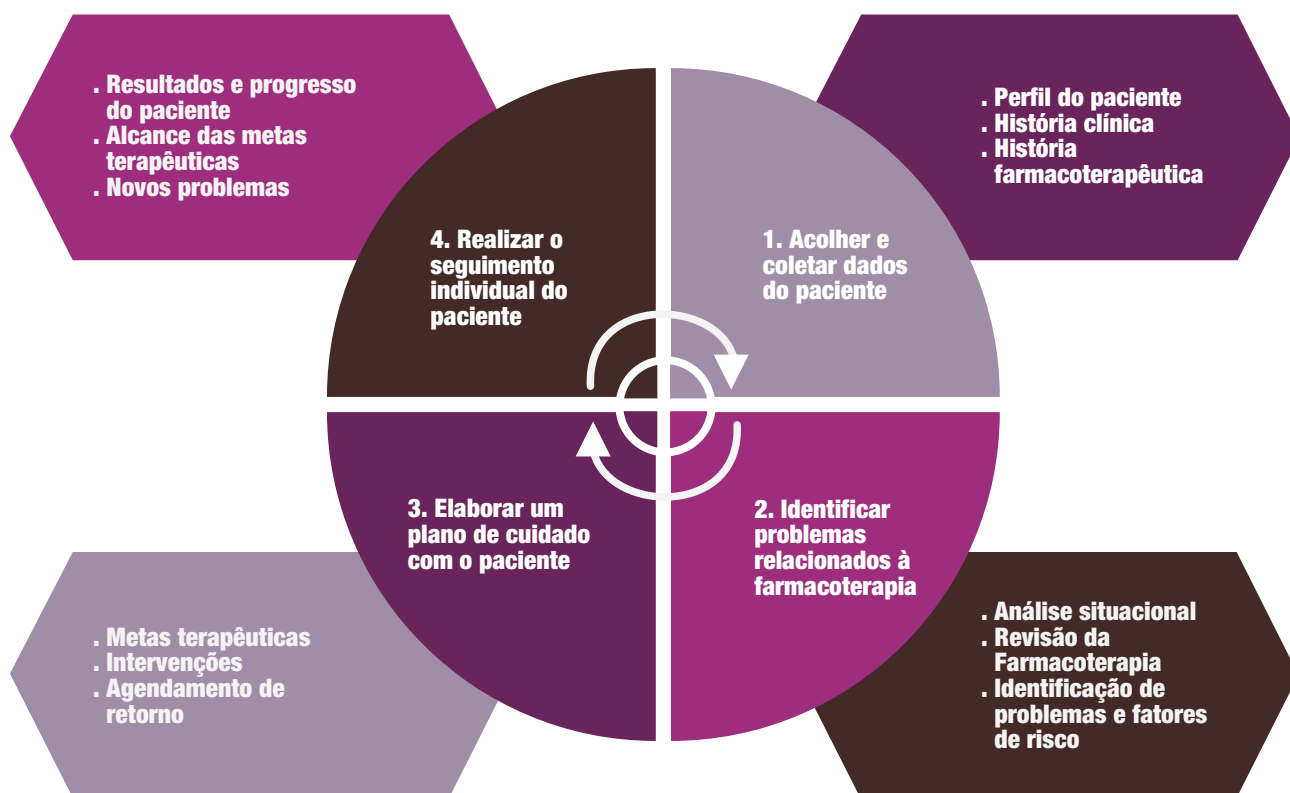


Figura 1. Etapas do método clínico do cuidado farmacêutico
 Fonte: Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 111(p.76)

Habilidades requeridas para o Cuidado Farmacêutico

Estudos mostram a capacidade do farmacêutico em influenciar positivamente os resultados da farmacoterapia por meio da prática do Cuidado Farmacêutico. Ao assumir esse papel, os farmacêuticos devem possuir habilidades de comunicação, capacidade de resolver problemas e tomar decisões, além da habilidade de raciocínio crítico⁷.

As mudanças epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas colocam uma importância bem mais evidente para os aspectos relacionais do atendimento. As doenças infecciosas, nas quais a intervenção tinha um efeito curativo imediato, dão lugar às doenças crônico-degenerativas, em que esse aspecto é substituído pela necessidade de se encontrarem estratégias de tratamento que possam proporcionar uma melhor qualidade de vida. Tratamentos que se caracterizam pela longa duração e pela absoluta necessidade de participação intensa do paciente^{7, 8, 12}.

Comunicar, ouvir, cultivar um bom relacionamento interpessoal com os demais profissionais, ser paciente, são habilidades recomendáveis aos farmacêuticos no exercício da clínica. Isso ocorre, pois, para que a relação entre profissionais e pacientes tenha bons resultados é necessário que haja uma boa comunicação entre eles, valorizando a diversidade de pessoas e de opiniões²⁶.

Acolhimento do usuário e coleta de dados

Como vimos anteriormente, o método clínico do Cuidado Farmacêutico tem início com a etapa de acolhimento do usuário, coleta e organização de dados, feita por meio da **anamnese farmacêutica** com foco no perfil do usuário, na história clínica e de medicação, na adesão do paciente ao tratamento, além das informações relatadas pelo próprio paciente sobre sua condição de saúde¹¹.

A história clínica deve incluir o motivo da consulta, a história da doença atual, a história médica pregressa, a história social, familiar e a revisão por sistemas. A história medicamentosa deve incluir os medicamentos em uso, prescritos ou usados por automedicação, as plantas medicinais, o histórico de alergias, as reações adversas a medicamentos e a experiência de medicação do paciente²⁴.

Anamnese farmacêutica é entendida como o procedimento de coleta dos dados sobre o usuário, realizada pelo farmacêutico por meio de entrevista clínica, com a finalidade de conhecer a história de saúde do entrevistado, elaborar o perfil farmacoterapêutico e identificar as necessidades relacionadas a medicamentos^{24 (p. 238)}.

Nesta etapa é muito importante ter em mãos o prontuário clínico do paciente, a fim de conhecer os dados de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas, entre outros documentos que podem auxiliar no aprofundamento da coleta de dados¹¹.

“Quanto mais acesso o farmacêutico tiver às informações sobre o usuário, mais completa e resolutiva poderá ser sua conduta. As condutas farmacêuticas e a troca de informações dentro de uma equipe multiprofissional tem um grande potencial de contribuição para o uso racional de medicamentos”¹¹.

Nessa primeira etapa, o farmacêutico deve valorizar o conhecimento do usuário e compreender a experiência do paciente com a medicação. Nessa experiência, deve-se considerar a cultura e condição social, horários e hábitos, os desejos e expectativas, assim como os receios do paciente em relação ao tratamento medicamentoso. A adesão terapêutica só pode ser entendida de forma segura através dessa aproximação e, a partir dela, possibilitar uma orientação ao paciente quanto ao melhor uso dos medicamentos²⁴.

Nessas circunstâncias, o relacionamento que se estabelece entre o farmacêutico e o paciente passa a ter uma importância fundamental para identificação das necessidades/problemas e elaboração de um plano de cuidado singular, sendo estas também habilidades necessárias ao profissional farmacêutico¹².

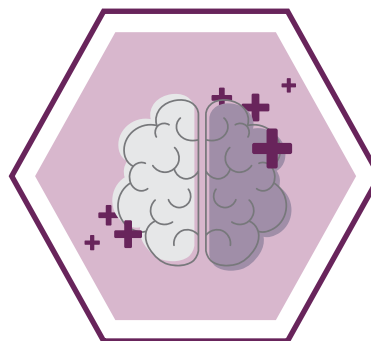


Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia

Com base nas informações coletadas, o farmacêutico deve construir uma espécie de “foto” do paciente, conhecida como “estado situacional”. Nessa foto inicial, valendo-se de um raciocínio clínico sistemático, deve ser possível avaliar e identificar todos os problemas relacionados à farmacoterapia²⁴.

Problemas relacionados à farmacoterapia podem ocorrer em diversos momentos, tais como: na seleção ou prescrição de medicamentos, na adesão e na utilização dos medicamentos pelo usuário, por erros de dispensação ou de dificuldades de acesso, por desvio de qualidade dos produtos farmacêuticos, por ausência da reconciliação medicamentosa entre os níveis assistenciais, pela ausência de monitoramento adequado, ou, ainda, por características específicas do indivíduo que aumentam o risco de eventos adversos ou falha terapêutica¹¹.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

O propósito de identificar e resolver problemas relacionados à farmacoterapia é ajudar os usuários a atingirem suas metas terapêuticas e a obterem o benefício máximo dos medicamentos, e isso exige uma abordagem integral do usuário, da sua família e de suas relações sociais, através de uma postura voltada para o cuidado e não para o produto¹¹.

O Cuidado Farmacêutico é um exercício profissional generalista, que deve considerar o indivíduo como um todo. Alguns problemas relacionados com o uso dos medicamentos são bem simples e fáceis de serem solucionados, ao passo que outros são complexos e podem levar tempo para sua resolução. Eis, então, a importância de o farmacêutico possuir habilidades de comunicação, em uma perspectiva dialética de educação e, conseqüentemente, prover ao paciente todas as informações necessárias sobre o uso do medicamento, sendo ainda capaz de comprometê-lo efetivamente com o cumprimento do seu tratamento²⁷.

LEMBRE-SE!

Como vimos anteriormente nesta aula, para o farmacêutico realizar uma adequada avaliação da farmacoterapia, ele deve possuir uma base sólida de conhecimento em farmacoterapia e sobre o manejo de condições agudas e crônicas. O caráter generalista da prática farmacêutica faz com que a atualização e a educação permanente sejam parte do seu cotidiano. É fundamental possuir acesso a boas fontes de informação sobre medicamentos e às diretrizes clínicas²⁴.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

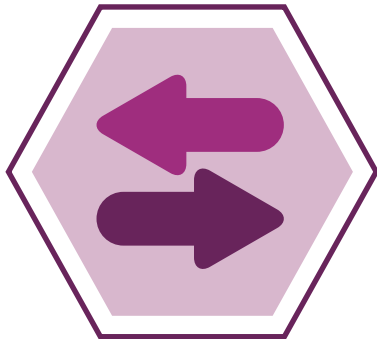
Elaboração e pactuação de um plano de cuidado com o paciente

É função do farmacêutico buscar estabelecer vínculo com o paciente, através de um ambiente favorável à comunicação aberta e colaboração mútua. Tal comunicação deve se basear nas necessidades sociais e de saúde do indivíduo, favorecendo seu envolvimento nas tomadas de decisões e estratégias para agir sobre os problemas identificados¹².

Nessa fase, o farmacêutico já deverá ter coletado as informações essenciais, identificado problemas relacionados à farmacoterapia, e deverá então seguir com a construção de um plano de cuidado em conjunto com o paciente. Esse plano de cuidado é composto de três partes: definição das metas terapêuticas, intervenções voltadas aos problemas relacionados à farmacoterapia e agendamento das avaliações de seguimento^{11,22}.

Envolver o paciente no desenho desse plano de cuidado é de extrema importância, uma vez que a forma como o paciente vê seu estado de saúde e a compreensão da sua enfermidade e a percepção da ausência de sintomas em algumas fases do processo de adoecimento são fatores relacionados à adesão ou não ao tratamento²⁸.

Nesse sentido, definir as metas terapêuticas demanda um trabalho de negociação entre farmacêutico e paciente. Há dois componentes essenciais que precisam ser definidos para cada meta terapêutica²⁴:

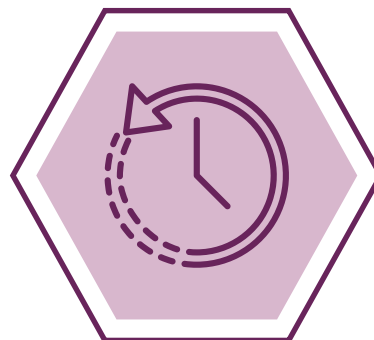


1. Os parâmetros clínicos que podem ser sinais ou sintomas observáveis pelo profissional e pelo paciente e/ou por exames laboratoriais com valores de referência a serem alcançados.
2. Estabelecer um prazo para alcance dos resultados, considerando o tempo esperado para que se produzam as primeiras evidências de efeitos.

Com base nas metas terapêuticas definidas é possível ao farmacêutico propor condutas que julgar necessárias, através de uma ação planejada, documentada e elaborada em conjunto com o usuário e demais membros da equipe de saúde. A conduta farmacêutica visa resolver ou prevenir problemas relacionados à farmacoterapia e assegurar o alcance das metas terapêuticas²⁴.

O último passo na elaboração do plano de cuidado é definir o tempo que deve transcorrer até o retorno do paciente à consulta farmacêutica, que depende de uma série de fatores, como a gravidade dos problemas identificados, relacionados à farmacoterapia, e o prazo necessário para o alcance das metas terapêuticas. Esse passo corresponde ao agendamento para as avaliações de seguimento do usuário^{11,24}.

“Cada conduta deve ser individualizada de acordo com a condição clínica do usuário, suas necessidades e problemas relacionados à farmacoterapia. Além disso, todas as condutas devem ser documentadas²⁴.”

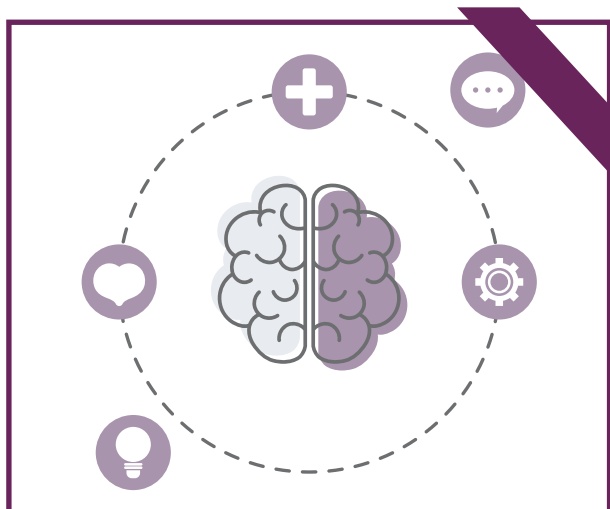


Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Seguimento individual do paciente

Esta última etapa do método clínico, provavelmente, é a de maior relevância, uma vez que nas consultas de retorno o farmacêutico pode realizar a avaliação dos resultados terapêuticos e evolução clínica do paciente, o alcance das metas terapêuticas e então investigar novos problemas^{11,24}.

Algumas questões devem ser consideradas para orientar a marcação de consultas farmacêuticas de retorno e o momento de alta do serviço, tais como¹¹:



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

- Durante a consulta farmacêutica, o profissional deve ser capaz de concluir a avaliação do paciente, identificar os problemas e pactuar ações que venham a resolvê-los. Essas ações podem incluir o encaminhamento do paciente a outro profissional.
- O cuidado farmacêutico é concluído quando todos os problemas da farmacoterapia identificados sejam minimizados ou resolvidos.
- A frequência e o número de consultas devem ser personalizados para cada paciente.

LEMBRE-SE!

Acompanhar o alcance dos resultados esperados após a pactuação do plano de cuidado é o que faz do método clínico da consulta farmacêutica, uma prática orientada ao indivíduo e aos resultados da farmacoterapia, e não somente ao processo de uso de medicamentos²⁴.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Registro das atividades

As demais categorias profissionais de saúde, como medicina, enfermagem, entre outras, descrevem de maneira sistemática os registros de suas atividades, realizando o seguimento dos pacientes, avaliando o progresso e organizando suas intervenções, o que não deve ser diferente no caso do farmacêutico²⁴.

O registro da evolução do paciente no prontuário pode ser feito de várias formas. O SOAP é o método de registro mais utilizado no Brasil, em que cada letra da sigla se refere a uma das quatro etapas fundamentais do registro²⁰:



Dados subjetivos (S): compreendem as queixas dos pacientes e outras informações fornecidas por eles, pelos parentes ou acompanhantes.



Dados objetivos (O): incluem os achados de exames físicos e exames complementares.



Avaliação (A): refere-se às conclusões sobre a situação do paciente, particularmente os problemas da farmacoterapia identificados.



Plano (P): inclui os exames a serem solicitados, as informações prestadas aos pacientes e familiares visando a orientação e a educação, as sugestões feitas para mudanças na farmacoterapia e os encaminhamentos a outros profissionais.

Atitudes requeridas para o Cuidado Farmacêutico

O saber agir envolve atitudes além das esperadas e programadas. O farmacêutico deve saber combinar e mobilizar conhecimentos e habilidades num contexto de complexidade sabendo selecionar os elementos necessários dentro do contexto dos recursos e organizá-los para a realização de suas atividades²⁹.

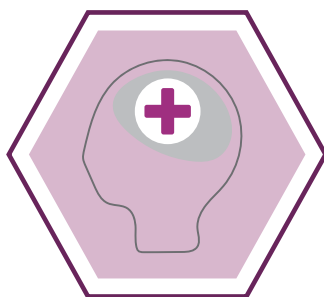
As atitudes inerentes ao bom desempenho do farmacêutico compreendem a proatividade e a flexibilidade para adquirir novos conhecimentos. A disposição para a atualização dos conhecimentos, através da educação continuada, torna-se imprescindível, uma vez que estudos apontam para a formação clínica insuficiente na graduação como uma das principais dificuldades para o exercício das atividades clínicas⁷.

“ A resiliência é outra atitude que deve ser almejada pelo farmacêutico, pois, apesar dos diversos estudos que demonstram a efetividade do serviço de Cuidado Farmacêutico, grande parte dos gestores não tem interesse nas atividades clínicas ou não reconhece o farmacêutico como um profissional ligado ao cuidado aos pacientes⁷. ”

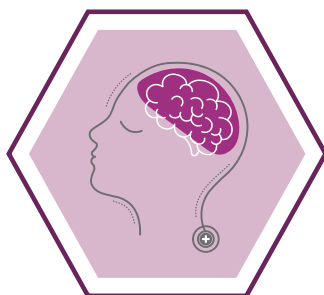


Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Nesse sentido, alguns obstáculos devem ser superados, mas devem ser considerados como componentes a serem trabalhados²⁴:



O **primeiro obstáculo** é o fato de o farmacêutico ainda ser um profissional novo na equipe da Atenção Básica e ter seu papel clínico pouco conhecido pelas equipes. Algo que poderá ser superado por meio da sensibilização dos trabalhadores envolvidos, possibilitando uma aproximação entre os distintos atores.



O **segundo obstáculo** é a superação das carências na formação dos próprios farmacêuticos, a exemplo das dificuldades na abordagem aos pacientes, sendo necessário treinamento específico com profissionais experientes.



O **terceiro obstáculo** é a insegurança na interlocução com os profissionais prescritores, em especial os médicos. A discussão de protocolos clínicos pode minimizar esse problema e facilitar sua interlocução.

Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Propostas de organização das competências do farmacêutico

As competências do farmacêutico se manifestam na capacidade do profissional em fazer escolhas dentro de um repertório específico de conhecimentos, valores pessoais e responsabilidades. O desenvolvimento de tais competências é fundamental para o farmacêutico prestar serviços de cuidado em saúde e responsabilizar-se pelos resultados da farmacoterapia. No entanto, devido à falta de consenso sobre o conceito de competências, existem métodos distintos para avaliar habilidades, conhecimentos e atitudes do farmacêutico no cuidado ao paciente^{29,30}.

Miller³¹ concebeu um modelo hierárquico de avaliação da competência clínica de quatro níveis, representado por uma pirâmide (Figura 2). Os dois níveis da base pertencem à área cognitiva – o primeiro representa o “saber” (conhecimento); o segundo nível é o “saber como fazer”, que envolve habilidades para resolver problemas e realizar procedimentos. O terceiro e o quarto níveis correspondem respectivamente a “mostrar como fazer” (desempenho) e “fazer” (ação) que se refere à prática em situações clínicas reais³¹

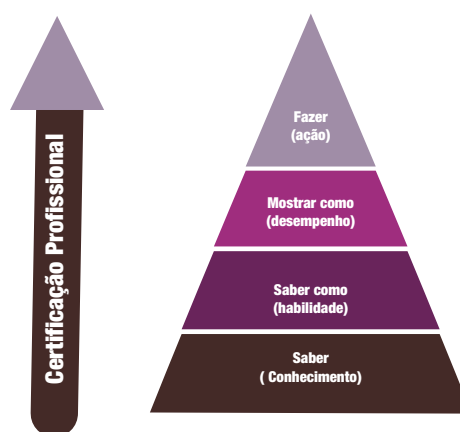


Figura 2. Modelo hierárquico para avaliação da competência clínica
Fonte: Miller³⁰.

De acordo com o documento publicado pelo *American College of Clinical Pharmacy*³⁰, as competências para a prática clínica estão divididas em cinco áreas distintas:

1. Solução de problemas clínicos, julgamentos e tomada de decisão;
2. Comunicação e educação (educar pacientes, profissionais de saúde e se comunicar efetivamente);
3. Avaliação e gerenciamento de informação em saúde (compreender termos médicos, conhecer o prontuário e como o paciente é avaliado pelo prescritor);
4. Manejo de pacientes em uma população (desenvolver políticas e procedimentos organizacionais que melhorem o atendimento ao paciente e a utilização de recursos);
5. Conhecimento terapêutico (conhecer adequadamente a fisiopatologia e farmacoterapia para o eficiente manejo de medicamentos).

Dentro dessa corrente que organiza e define as competências dos farmacêuticos em grandes áreas ou eixos específicos, a *International Pharmaceutical Federation* (FIP) elaborou o *Global Competency Framework* (GbCF)³² (Figura 3), que estabelece quatro grupos básicos de competências gerais e é baseado em documentos relacionados descritos na literatura: saúde pública, gestão e organização, profissionais/pessoais e cuidados farmacêuticos.

Esse instrumento pode ser utilizado por educadores assim como por gestores para avaliar competências de farmacêuticos em farmácias comunitárias, ambulatórios e hospitais fornecendo orientação e feedback sobre o desenvolvimento profissional.



Figura 3. *Global Competency Framework* – GbCF
Fonte: FIP³².

“E em 2013, o já citado documento *Competencias del farmacêutico para desarrollar los servicios farmacêuticos basados em la atención primaria de salud y las buenas prácticas em farmacia*, publicado pela OPAS, estabelece as competências específicas para os serviços farmacêuticos e as boas práticas em farmácia¹⁶.”

O formato de apresentação dessas competências promove uma consolidação entre o *Global Competency Framework* e outras publicações, como as competências das equipes de Atenção Básica.

As competências, habilidades, conhecimentos e comportamentos descritos correspondem a uma recomendação e a sua implementação depende do enquadramento legal e das necessidades e condições de adaptação de cada país, região ou instituição, considerando o perfil de graduação dos profissionais. As principais competências apresentadas, de acordo com a OPAS, são 16:

- Desenvolver e implementar programas e políticas públicas;
- Manter-se atualizado em relação a regulamentações e diretrizes específicas;
- Contribuir para a proteção da saúde da população;
- Planejar, gerenciar e avaliar os serviços farmacêuticos de forma integrada às redes de atenção à saúde;
- Realizar a seleção de medicamentos e outros insumos;
- Desenvolver e implementar sistema de gestão da qualidade;
- Promover o uso racional de medicamentos;
- Documentar as informações dos pacientes atendidos;
- Realizar aconselhamento do paciente em relação aos sintomas menores;
- Realizar seguimento farmacoterapêutico;
- Realizar farmacovigilância;
- Promover informações sobre os medicamentos aos demais membros da equipe;
- Realizar a educação permanente da equipe de saúde;
- Promover o desenvolvimento profissional contínuo.



Síntese da aula

- Nesta aula, buscamos discutir as competências clínicas necessárias para que o profissional farmacêutico exerça o cuidado direto ao paciente. É importante destacar que as competências e atribuições aqui abordadas não se tratam de “atividades” e/ou “serviços”, estas são de natureza técnica do profissional. Ao discutirmos o perfil de competência, estamos considerando o profissional com suas características mais completas, através do conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes, comportamentos e valores.
- Como você, farmacêutico, avalia seus conhecimentos e habilidades? E você, gestor, como avalia o perfil de competência de sua equipe? Ao menos já pensaram nisso?
- As propostas de organização de competências por eixos temáticos e os demais exemplos abordados ao longo do conteúdo, além das atribuições clínicas, podem ajudar a realizar esse diagnóstico. É provável que você elenque uma série de carências e necessidades, isso é esperado, mas, de posse desse diagnóstico, fica mais fácil propor uma Gestão por Competências, que tem como uma de suas vantagens planejar o desenvolvimento pessoal ou de sua equipe segundo as competências imprescindíveis ao trabalho, evitando a perda de tempo com treinamentos que não trarão o retorno esperado e/ou necessário.

Nesta aula, você pôde conhecer um pouco mais sobre as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) clínicas, bem como fazer uma reflexão da prática dos farmacêuticos para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico e as atribuições clínicas necessárias a esse profissional, voltadas para o cuidado integrado e compartilhado em saúde.

Na sequência abordaremos as estratégias pedagógicas de capacitação e o modelo de formação em serviço, associados ao aprimoramento das práticas profissionais no desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

Referências

1. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 out. 2017. Seção 1, p. 42.
2. Bosse TS, Oliveira L, Becker IRT. A formação do profissional Farmacêutico e sua inserção na Atenção Básica. Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família. 2013;1(1):53-63.
3. Lorandi PA. Análise histórica da formação acadêmica do farmacêutico – quatro décadas. Revista Infarma – Ciências Farmacêuticas – Conselho Federal de Farmácia. 2006;18(7/8).
4. Eboli GB, O ensino e o futuro profissional farmacêutico. Pharmácia Brasileira. Brasília – DF, ano 12, n. 70, mar./abr. 2009; p.39.
5. Ambiel ISS, Mastroianni PDC. Resultados da atenção farmacêutica no Brasil: uma revisão. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. 2013;34(4):469-74.
6. Sousa IF, Bastos PRH, Bogo D. Diretrizes curriculares nacionais: desafios na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. Jan./mar. 2013;15(1):129-134.
7. Freitas GRM, Pinto RS, Luna-Leite MA, Castro MS, Heineck I. Principais dificuldades enfrentadas por farmacêuticos para exercerem suas atribuições clínicas no Brasil. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. Jul./set. 2016;7(3);35-41.
8. Campese M, Soares L, Leite SN, Farias MR, Manzini F. O Devir da profissão farmacêutica e a clínica farmacêutica. In: Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F, organizadores. Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, gestão e clínica. Atuação clínica do farmacêutico. Volume V. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2016. p. 21-43.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência Saúde Coletiva. Ago. 2010;15(5).
10. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 set. 2013. Seção 1, p. 186.
11. 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. Brasília, 2014 (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1). 108p.
12. Santos FTC, Marques LAM. Atribuições clínicas do profissional farmacêutico. In: Santos PCL, organizador. Atenção Farmacêutica: contexto atual, exames laboratoriais e acompanhamento farmacoterapêutico. São Paulo: Atheneu; 2016. p. 15-29.

13. Nicoline CB, Vieira RCPA. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. *Interface (Botucatu)*. Dez. 2011;15(39).
14. Lima WV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2005;9(17):369-79.
15. Ruas RA. Desenvolvimento de Competências Gerenciais e Contribuição da Aprendizagem Organizacional. In: Fleury MTL, Oliveira Jr. MM. *Gestão estratégica do conhecimento: Integrando aprendizagem, conhecimento e competências*. São Paulo: Atlas Editora; 2001. p. 352.
16. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Competencias del farmacêutico para desarrollar los servicios farmacêuticos basados em la atención primaria de salud y las buenas prácticas em farmácia*. Washington, DC: OPAS; 2013. 20 p.
17. Chiavenato I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 597 p.
18. Dutra JS. *Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento*. São Paulo: Ed. Gente; 2001. 118p.
19. Bitencourt CC. *Gestão de competências gerenciais – a contribuição da aprendizagem organizacional [tese]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Administração, 2001.
20. 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*. Brasília, 2014 (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 2). 304p.
21. Conselho Federal de Farmácia. *Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica*. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2017. 124 p.
22. Oliveira AB, Oyakawa CN, Miguel M, Zanin SMW, Montrucchio DP. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. Out./dez. 2005;41(4):409-13.
23. Foppa AA, Bevilacqua G, Pinto LH, Blatt CR. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2008;44(4):727-37.
24. Correr CJ, Noblat LACB, Castro MS. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F, organizadores. *Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, gestão e clínica. Atuação clínica do farmacêutico*. Volume V. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2016. p. 221-51.
25. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *DICP*. Nov 1990;24(11):1093-7.
26. Pinho JB. *Comunicação nas organizações*. Viçosa: Editora UFV; 2006. 372 p.

27. D'Andrea RD, da Silva GP, Marques LAM, Rascado RR. A importância da relação farmacêutico – paciente: percepções dos idosos integrantes da Unati (Universidade Aberta à Terceira Idade) sobre a atuação do farmacêutico. *Revista Eletrônica de Farmácia*. Jul. 2012 [acesso em 20 nov. 2018];9(2):49-60. ISSN 1808-0804Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/16198/11194>
28. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(3):775-82.
29. World Health Organization (WHO). *Developing pharmacy practice: a focus on patient care*. Geneva: WHO; 2006. 87 p.
30. Burke JM, Miller WA, Spencer AP, Crank CW, Adkins L, Bertch KE et al. *Clinical Pharmacist Competencies*. American College of Clinical Pharmacy, Pharmacotherapy. 2008 Jun;28(6):806-15.
31. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academy of Medicine*. 1990;65(9):63-6.
32. International Pharmaceutical Federation (FIP). *A Global Competency Framework: for Services Provided by Pharmacy Workforce*. FIP Education Initiatives; 2012.



Material complementar



Manual de prática farmacêutica com foco no atendimento ao paciente. (OMS e FIP 2006). Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf. Acesso em: 14 fev. 2019.



Aula 8 - Capacitação em serviço para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico

Thaís Teles de Souza
Rangel Ray Godoy

Ementa da aula

Esta aula aborda as estratégias pedagógicas de capacitação e o modelo de formação em serviço, associados ao aprimoramento das práticas profissionais no desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.



Objetivo de aprendizagem

Reconhecer as estratégias de capacitação em serviços para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico.



Introdução

A capacitação dos profissionais é um dos passos essenciais para o desenvolvimento de um serviço de cuidado farmacêutico integral, efetivo, seguro, de qualidade, contínuo e centrado no paciente.

Diante da carência de formação clínica dos farmacêuticos, é importante que esse profissional seja capacitado para o desenvolvimento das competências clínicas (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessárias para realização do serviço.

A capacitação pode ser realizada seguindo metodologias ativas de ensino-aprendizagem e estratégias de ensino em serviço, incluindo atividades teóricas e práticas, presenciais e de ensino a distância. Utiliza-se, portanto, um modelo misto, que inclui diferentes estratégias pedagógicas, como aprendizagem baseada em problemas e projetos, estudos dirigidos, simulações de prática, atividades práticas em serviço com supervisão direta e seminários integrativos para discussão de temas vinculados ao cuidado farmacêutico^{1,2}.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Na capacitação serão contempladas a sistematização e a padronização do processo de trabalho dos farmacêuticos, buscando guiar o profissional por caminhos que o direcionem a um procedimento coerente, organizado, objetivo, reprodutível e com padrão mínimo de homogeneidade e qualidade, levando em consideração pontos específicos que não devem ser esquecidos durante o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico¹.

LEIA UM POUCO MAIS!

Caderno 2 da série Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica¹.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Ementa da capacitação

A ementa da capacitação pode ser elaborada com os seguintes conteúdos: Método clínico do Cuidado Farmacêutico; Semiologia e Comunicação Farmacêutica; Revisão da farmacoterapia por meio da revisão de prontuários; Agendamento dos pacientes; Roteiro da consulta farmacêutica; Coleta do perfil do paciente; Avaliação dos problemas de saúde do paciente; Avaliação do histórico de medicação do paciente; Avaliação da adesão aos medicamentos; Avaliação da capacidade de gestão dos medicamentos pelo paciente; Identificação dos problemas relacionados a farmacoterapia; Condutas farmacêuticas para resolução e prevenção de problemas da farmacoterapia; Aconselhamento ao paciente; Registro no prontuário; Consultas de retorno; Educação em saúde; Rastreamento em saúde; Dispensação especializada de medicamentos; Manejo de problemas de saúde autolimitados; Revisão da farmacoterapia; Monitorização terapêutica; Gestão da doença; Acompanhamento farmacoterapêutico; Conciliação terapêutica; Informe e Suporte à equipe^{1,2}.

LEMBRE-SE!

É preciso investir no desenvolvimento de atitudes, conhecimentos e habilidades clínicas necessárias para o desempenho de um serviço de Cuidado Farmacêutico de qualidade, que gere resolutividade e melhoria dos resultados em saúde e da qualidade de vida dos pacientes atendidos.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Objetivos de aprendizagem

É importante definir objetivos de aprendizagem tendo por base as competências clínicas consideradas essenciais para que o farmacêutico seja capaz de conduzir o serviço de Cuidado Farmacêutico com sucesso e qualidade. No que tange aos objetivos de aprendizagem, ao final do programa de capacitação, o farmacêutico deverá estar apto a^{1,2}:



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

- revisar a farmacoterapia por meio da revisão de prontuários;
- agendar os pacientes para consulta farmacêutica;
- realizar uma consulta farmacêutica com base no método clínico de cuidado em saúde;
- aplicar os princípios da semiologia e da comunicação verbal e não verbal;
- conhecer o perfil do paciente, coletando informações sobre dados sociodemográficos, história social, fatores de risco e acesso aos medicamentos e aos serviços de saúde;
- construir a história clínica do paciente, avaliando seus exames, sinais e sintomas, e classificando o estado clínico atual de cada problema de saúde existente;
- avaliar a qualidade de vida e a percepção geral de saúde do paciente por meio de escala visual analógica (EVA) ou outros instrumentos;
- construir um histórico completo de medicação do paciente, avaliando seu conhecimento, capacidade de gestão, adesão aos medicamentos, acesso e dificuldades com o tratamento e suspeitas de reações adversas ou intoxicações;
- identificar problemas relacionados à farmacoterapia, aplicando critérios implícitos e explícitos de avaliação, incluindo problemas da farmacoterapia relacionados ao processo de uso de medicamentos (problemas de seleção e prescrição; dispensação ou manipulação; discrepâncias entre níveis ou pontos de atenção à saúde; administração e adesão; qualidade do medicamento; monitorização) e problemas da farmacoterapia relacionados aos resultados

Em saúde (tratamento não efetivo; reação adversa; intoxicação medicamentosa);

- realizar as condutas farmacêuticas, incluindo informação e aconselhamento; provisão de materiais; monitoramento; alteração ou sugestão de alteração na farmacoterapia; e encaminhamento, juntamente com as ações pactuadas com o paciente;
- realizar o aconselhamento do paciente;
- registrar todas as informações do paciente em prontuário;
- elaborar um parecer farmacêutico direcionado aos outros profissionais da equipe de saúde;
- elaborar um registro tipo Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP) do atendimento, explicando os dados de cada bloco de informações;
- realizar o seguimento individual dos pacientes;
- adequar o serviço de acordo com a necessidade do paciente, contemplando educação em saúde; rastreamento em saúde; dispensação especializada de medicamentos; manejo de problemas de saúde autolimitados; revisão da farmacoterapia; monitorização terapêutica; gestão da doença; acompanhamento farmacoterapêutico; conciliação terapêutica; informe e suporte à equipe;
- realizar reuniões para discussão de casos clínicos com a equipe de saúde;
- realizar consultas compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde;
- organizar um Comitê de Uso Racional de Medicamentos (CURAME);
- trabalhar com as ferramentas de articulação entre os serviços de saúde.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"



IMPORTANTE!

A capacitação é realizada com ênfase em formação em serviço para o desenvolvimento das competências clínicas dos profissionais.

Nesta abordagem, a qualificação do profissional ocorre concomitantemente à transformação e implantação do próprio serviço de Cuidado Farmacêutico.

Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Modelo misto de capacitação

A capacitação pode envolver um modelo misto que contemple diferentes estratégias pedagógicas, como estudo dirigido, capacitações teóricas, formação em serviço e reuniões, seminários e oficinas integrativas. A Figura 4 apresenta um exemplo de modelo misto de capacitação para implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Estudo dirigido

- Busca e análise de evidência / Saúde baseada em evidências;
- Raciocínio clínico;
- Farmacoterapia e Fisiopatologia das doenças mais prevalentes.

1ª curso teórico-prático

- Método clínico de cuidado em saúde / Habilidades, conhecimentos e atitudes;
- Semiologia e comunicação;
- Simulações de consulta e exercícios de fixação;
- Pré e pós teste.

Formação em serviço

- Implantação do serviço / Prática supervisionada;
- Apoiadores peritos em Cuidado Farmacêutico;
- Acompanhamento e avaliação das consultas / *Feedback* contínuo.

2º curso teórico-prático

- Coleta e avaliação dos dados, identificação de problemas da farmacoterapia, elaboração do plano de cuidado e acompanhamento do paciente;
- Discussão e resolução de casos clínicos;
- CURAME / Uso racional de medicamentos e saúde baseada em evidências;
- Pré e pós teste.

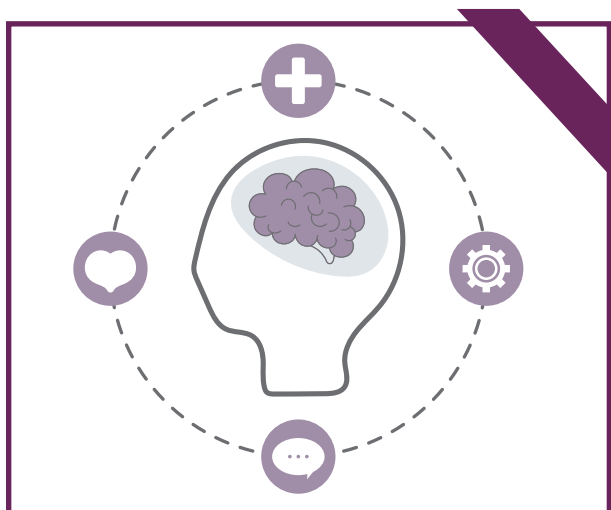
Reuniões, seminários e oficinas

- Discussão e resolução dos problemas encontrados no serviço;
- Aulas sobre fisiopatologia e farmacoterapia das condições mais prevalentes;
- Discussão e resolução dos casos clínicos dos pacientes atendidos.

Figura 4. Exemplo de modelo misto de capacitação para implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico
Fonte: Souza².

O estudo dirigido pode conter um roteiro para autoestudo focado em áreas importantes para o desenvolvimento de competências clínicas do farmacêutico, como a busca e análise de evidência/saúde baseada em evidência, raciocínio clínico e a farmacoterapia e fisiopatologia das condições de saúde mais prevalentes.

O profissional utiliza de seus próprios recursos para tentar encontrar respostas para problemas que são apresentados para posterior análise junto com o tutor ou preceptor. No estudo dirigido, o aluno, individualmente ou em grupo, precisa atuar de maneira ativa para que os objetivos de aprendizagem sejam alcançados. O estudo dirigido dos temas pode ser organizado em três etapas: apresentação – visão global do tema através de objetos de aprendizagem; análise – resolução de questões claras e simples, como a busca de significado de termos importantes para tema; e síntese – problemas práticos a serem resolvidos¹.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Nos **cursos teórico-práticos** podem ser abordados temas de grande relevância para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico, tais como método clínico de cuidado em saúde, semiologia e comunicação, uso racional de medicamentos, saúde baseada em evidências, discussão e resolução de casos clínicos, realização de exercícios de fixação e simulações de atendimentos (*role play*).

Os estudantes podem receber o material didático da capacitação com antecedência, o qual contém as informações sobre cada conteúdo e sobre como realizar a consulta farmacêutica. Os cursos teórico-práticos geralmente têm duração de 16 horas e dividem-se em 2 ou mais módulos, podendo haver modificação da carga horária.

As simulações de atendimento podem ser realizadas dividindo a turma em grupos de três pessoas, nos quais um fará o papel de farmacêutico, um de paciente e um de avaliador externo. Aquele que interpretará o farmacêutico deve estar portando o formulário do serviço de Cuidado Farmacêutico; aquele que fará o papel de avaliador deverá estar portando o formulário de avaliação; e aquele que fará o papel do paciente deverá estar portando o caso clínico para interpretar o paciente.

O "paciente" terá 5 minutos para estudar e incorporar o personagem. Antes de a simulação começar, os três devem ler o roteiro da consulta, que servirá de guia para a atividade. Devem também identificar os campos no prontuário onde irão registrar cada momento da consulta. Dúvidas devem ser tiradas no material didático de apoio ou com os facilitadores que estarão presentes durante todo o curso.

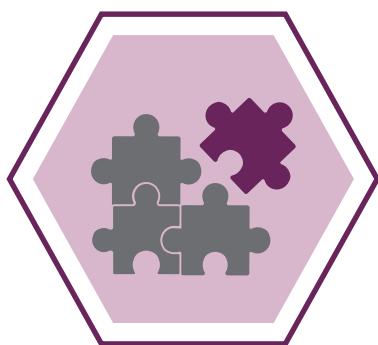


Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Para começar a simulação, o "farmacêutico" deverá conduzir uma consulta com o "paciente", enquanto o "avaliador" observa e registra sua avaliação no formulário. Ao final da simulação, o trio deverá discutir as dificuldades, e cada participante deve expor seu ponto de vista.

O próximo passo será discutir o caso clínico, identificando os problemas da farmacoterapia, propondo um plano de cuidado com as intervenções para resolver os problemas e registrando no prontuário todas as informações necessárias para fechar a consulta. Ao final, os papéis são trocados e uma nova simulação é iniciada. Para que a simulação aconteça de forma mais realista, são fornecidos casos clínicos ao grupo, de modo que o aluno que fará o papel de paciente possa contar com um roteiro detalhado sobre o personagem que estará encenando¹.

“Durante a realização do curso, podem ser utilizados exercícios de fixação alternados com as simulações de atendimento, de modo que o curso torne-se mais dinâmico e criem-se momentos de reflexão sobre a atividade desenvolvida, bem como para dirimir dúvidas sobre o processo e os formulários de registro da consulta farmacêutica”.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

A formação em serviço contempla a capacitação concomitante à implantação do serviço como estratégia do processo de formação técnica e do desenvolvimento de competências dos farmacêuticos, sendo realizada prática supervisionada por meio do acompanhamento de apoiadores ou tutores durante a realização do serviço para o estabelecimento de relações teórico-práticas.

Nesse contexto, são realizadas a avaliação e o feedback contínuos das consultas e demais atividades realizadas pelo farmacêutico no serviço. Os apoiadores ou tutores são profissionais com formação e experiência clínica prévia que, na formação em serviço, auxiliam o farmacêutico na realização de suas atividades, acompanhando cada etapa, tirando as dúvidas e realizando a avaliação e o feedback de cada atividade realizada pelo profissional durante o serviço de Cuidado Farmacêutico.

A prática supervisionada tem início após a realização do estudo dirigido e do primeiro curso teórico-prático, e ocorre no próprio serviço onde o farmacêutico inicia o agendamento de pacientes e as consultas farmacêuticas. Destaca-se o papel essencial do apoiador na manutenção da motivação do profissional farmacêutico, considerando as inseguranças e dificuldades encontradas na realização desta nova prática. A supervisão acontece também por meio da discussão de casos e auxílio na definição de condutas com os farmacêuticos durante as reuniões agendadas com o apoiador¹.

IMPORTANTE!

É necessário que a capacitação seja contínua e baseada em um processo de educação permanente, na qual o profissional continue adquirindo conhecimentos antes, durante e após a implantação do serviço. Não há como haver um serviço clínico de qualidade que melhore desfechos em saúde com farmacêuticos que não estejam em constante atualização do conhecimento.



O **segundo curso teórico-prático** ocorre após implantação do serviço, depois de os farmacêuticos terem adquirido certa experiência. Nesse curso é discutido o método clínico (coleta e avaliação dos dados, identificação de problemas da farmacoterapia, elaboração de plano de cuidado e acompanhamento do paciente) com base nos casos reais atendidos pelos farmacêuticos, os quais são discutidos e resolvidos em conjunto. Além disso, o estudo temático sobre uso racional de medicamentos é de grande importância como atividade focada na aplicação de técnicas de saúde baseada em evidências para subsidiar a discussão sobre questões ligadas ao tema no contexto de um comitê de uso racional de medicamentos, que pode ser construído em conjunto com a equipe de saúde¹. A construção dos CURAMEs é uma etapa importante da capacitação e da implantação dos serviços de Cuidado Farmacêutico.

Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Nos **seminários** integradores, reuniões e oficinas podem ser realizados encontros organizados por farmacêuticos do serviço e supervisionados por apoiadores voltados à integração dos farmacêuticos e apoiadores, à discussão de pontos como as diretrizes clínicas de doenças prevalentes, à discussão e resolução dos casos clínicos de maior relevância para o serviço e à apresentação e resolução dos problemas encontrados durante a implantação do serviço.

Nessas **reuniões** de caráter periódico, também são discutidas as dificuldades relativas à rotina do serviço, incluindo realização da consulta, uso do prontuário, relacionamento com a equipe, gestão de crises, estrutura física, além de casos específicos de pacientes. Farmacêuticos de outros serviços e professores são também convidados a participar das reuniões, a fim de colaborar com as discussões e apresentar pequenas palestras sobre temas diversos escolhidos pelo próprio grupo. Tais seminários geralmente contemplam revisões embasadas por evidências sobre a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento das doenças mais prevalentes¹.

Modelo de formação em serviço

Existem diferentes modelos de formação em serviço, mas os principais envolvem a preceptoria de território e a tutoria a distância.

Na preceptoria de território, o preceptor ou apoiador é um farmacêutico com experiência clínica que acompanhará presencialmente as atividades dos profissionais em capacitação, realizando os atendimentos em conjunto, discutindo os casos clínicos, resolvendo os problemas e tirando as dúvidas.

Na tutoria a distância, o tutor acompanhará as atividades do farmacêutico de forma remota, por meio de plataforma on-line, e-mails, aplicativos e telefonemas, discutindo os casos clínicos e resolvendo as dúvidas e problemas dos profissionais que estão sendo capacitados.

Pode ser desenvolvido um instrumento de acompanhamento para uso do preceptor ou tutor que auxilie na identificação das potencialidades, fragilidades e desenvolvimentos dos farmacêuticos. Cada tutor ou preceptor pode acompanhar um grupo de farmacêuticos e fazer um papel híbrido de preceptoria *in loco* e de tutoria a distância.

ATENÇÃO!

O diferencial da formação em serviço é a presença de um preceptor, apoiador ou tutor para acompanhar as atividades dos profissionais enquanto eles estão desenvolvendo o serviço de Cuidado Farmacêutico, realizando *feedback*.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Fonte: “Imagens - Freepik ©”



Processo de avaliação

A avaliação do desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades clínicas dos farmacêuticos pode ser realizada por meio de análise formativa e somativa das avaliações aplicadas durante a capacitação, sendo considerado aprovado o farmacêutico que alcançar no mínimo 70% da nota máxima².

A Tabela 5 apresenta um modelo de avaliação em cinco etapas que pode ser utilizado no processo de avaliação dos serviços de Cuidado Farmacêutico.

ETAPAS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

1. Provas escritas – Resolução de questões objetivas

Os aprovados passam para as atividades de simulação.

Os reprovados devem reestudar e fazer uma nova avaliação, e após aprovação passam para as atividades de simulação.

2. Avaliação do desempenho dos farmacêuticos nas atividades de simulação de consulta

Os aprovados passam para as atividades de observação da prática.

Os reprovados devem reestudar e fazer uma nova avaliação, e após aprovação passam para as atividades de observação da prática.

3. Avaliação do desempenho dos farmacêuticos nas atividades de observação da prática

Os aprovados passam para as atividades de prática sob supervisão direta.

Os reprovados devem repetir as atividades e, após aprovação, passam para as atividades de prática sob supervisão direta.

4. Avaliação do desempenho dos farmacêuticos nas atividades de prática sob supervisão direta

Os aprovados passam para a última etapa da qualificação, a qual inclui a apresentação de casos clínicos e relatório de indicadores.

Os reprovados devem realizar mais atividades supervisionadas até aprovação. Após aprovação, passam para a última etapa da qualificação.

5. Avaliação da apresentação de casos clínicos e relatório de indicadores

Os aprovados são certificados.

Os reprovados devem repetir as atividades até aprovação.

Tabela 5. Modelo de avaliação em cinco etapas aplicado durante a capacitação para a implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico
Fonte: Souza².

Nas aplicações de provas escritas para avaliação dos participantes da capacitação, podem ser utilizados questionários de múltipla escolha, aplicados antes do início do curso (pré-teste) e ao final do curso (pós-teste). O desempenho do estudante poderá ser medido pela nota do pós-teste, bem como pela mudança na nota na comparação pré-teste/pós-teste. Para elaboração desses testes, sugere-se a utilização de questões que avaliem, principalmente, a aplicação do conhecimento na resolução de problemas. A realização do pré e do pós-teste tem o efeito de envolver de forma mais efetiva o estudante no curso, alertando para aqueles conhecimentos que são mais relevantes. Além disso, torna possível comparar o conhecimento do estudante antes e após o curso.

Como a avaliação por meio de prova escrita não é capaz de medir o desenvolvimento de competência clínica, mas sim de aquisição de conhecimentos durante o curso, é importante adicionar outras estratégias de avaliação. Por isso, é importante também avaliar o desempenho dos farmacêuticos nas atividades de simulação de consulta, de observação da prática, de prática sob supervisão direta e na apresentação de casos clínicos e relatório de indicadores.

LEIA UM POUCO MAIS!

Série “Cuidado
Farmacêutico na
Atenção Básica” –
Cadernos 1, 2, 3 e 4^{1,3,4,5}.



SAIBA MAIS!

Os critérios de certificação dos profissionais devem levar em consideração, além das avaliações teóricas, o desempenho dos farmacêuticos nas simulações de consulta, observação da prática, prática sob supervisão direta e apresentação de casos clínicos e relatório de indicadores.



PESQUISE E REFLITA!

Pesquise sobre outros modelos de capacitação para a implantação de serviços de Cuidado Farmacêutico realizados no Brasil.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Síntese da aula

- Nesta aula, foram discutidas as estratégias pedagógicas de capacitação e o modelo de formação em serviço associados ao aprimoramento das práticas profissionais no desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.
- Vimos que para o desenvolvimento das competências clínicas (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessárias para realização do serviço, pode-se realizar uma capacitação com metodologias ativas de ensino-aprendizagem e estratégias de ensino em serviço, incluindo atividades teóricas e práticas, presenciais e de ensino à distância, utilizando um modelo misto, que inclui diferentes estratégias pedagógicas, como aprendizagem baseada em problemas e projetos, estudos dirigidos, simulações de prática, atividades práticas em serviço com supervisão direta e seminários integrativos para discussão de temas vinculados ao Cuidado Farmacêutico.
- A próxima aula abordará as ferramentas de articulação entre os serviços de saúde e integração entre as práticas profissionais, com ênfase na incorporação do serviço de Cuidado Farmacêutico na rede de atenção à saúde e nas tecnologias de comunicação em saúde.

Nesta aula, você conheceu um pouco mais sobre as estratégias pedagógicas de capacitação e o modelo de formação em serviço, associados ao aprimoramento das práticas profissionais no desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

Na próxima aula, serão apresentadas as ferramentas de articulação entre os serviços de saúde e integração entre as práticas profissionais, com ênfase na incorporação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde e nas tecnologias de comunicação em saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 308 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 2).
2. Souza TT. Desenvolvimento de modelos de serviços de Cuidado Farmacêutico a pacientes polimedicados [Tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017. 343 p.
3. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 1).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Planejamento e implantação de serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 3).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Resultados do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 4).

Material complementar

A Prática do Cuidado Farmacêutico nas Unidades de Saúde de Curitiba. Publicado por Cassyano Correr em 13 fev. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bMI9CC5u8o0>. Acesso em: 14 fev. 2019.

Capacitação em Cuidado Farmacêutico no SUS Campinas Publicado por Comunica Saúde Campinas em 22 nov. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=r5Z7E6sJL2M>. Acesso em: 14 fev. 2019.

Aula 9 - Capacitação em serviço para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico

Rangel Ray Godoy
Thaís Teles de Souza

Ementa da aula

Esta aula aborda as ferramentas de articulação entre os serviços de saúde e integração entre as práticas profissionais, com ênfase na incorporação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde e nas tecnologias de comunicação em saúde.



Objetivo de aprendizagem

Identificar as estratégias necessárias para a integração do serviço de Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção à Saúde e das práticas profissionais no atendimento clínico.



Introdução

Na aula passada foram abordadas estratégias para capacitação do profissional farmacêutico no desenvolvimento das atividades de cuidado. Nesta aula, abordaremos o tema da integração entre o Cuidado Farmacêutico e os demais serviços da rede de atenção à saúde. Consideramos essa integração fundamental para que o cuidado se enraíze e se perpetue na unidade de saúde.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

A reflexão e o desenvolvimento de mecanismos que estimulem a qualidade da interação do farmacêutico com os diferentes profissionais de saúde gera uma melhor resolubilidade para o serviço proposto. Além disso, promove a multi e a interdisciplinaridade, bem como ajuda a instrumentalizar a proposta de referência e contrarreferência, enquanto mecanismos de garantia da integralidade do cuidado. A integração entre o Cuidado Farmacêutico e os demais serviços também é importante porque operacionaliza diversas etapas do trabalho farmacêutico no cuidado, as quais são complementares às dos demais profissionais de saúde.

LEMBRE-SE!

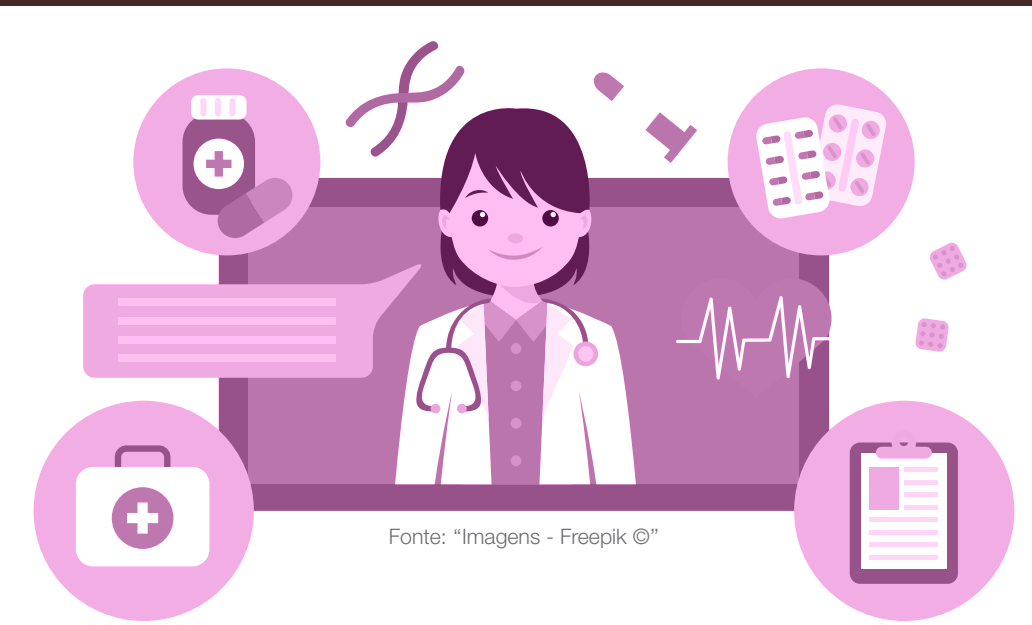
O Cuidado Farmacêutico que estamos apresentando neste curso não foi pensado para desenvolver-se de maneira isolada. A colaboração da equipe de saúde é fundamental para a operacionalização e para a efetividade do serviço.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

O desafio da integralidade do cuidado nas redes de atenção à saúde

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e é entendido como um "conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema"² (p. 2). Esse conceito, entretanto, não é estático e tem sido discutido e ampliado desde a sua enunciação, proporcionando avanços em modelos de práticas assistenciais^{1,2}.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Esse princípio do SUS está envolvido diretamente com questões relacionadas a encaminhamentos, trânsito e fluxo dos pacientes pelo sistema, assim como com a qualidade dos serviços prestados pela equipe. Apesar da alta resolubilidade almejada pela atenção básica, ela não esgota as demandas de saúde da população. Assim, a execução de mecanismos que propiciem acesso a ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco, assistência a danos e reabilitação buscam assegurar aos indivíduos a assistência integral, incluindo-se nesse rol a possibilidade da utilização de serviços especializados e de maior densidade tecnológica, além do retorno desses indivíduos ao cuidado continuado proposto pela Atenção Básica (AB)².

Atenção especializada de média/alta complexidade: Pode ser definida como um conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares, além de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico dotados de maior densidade tecnológica que os diferenciam da Atenção Básica.

Nesse sentido, os processos de encaminhamento e trânsito do paciente não deverão ser entendidos com uma ação na qual a atenção básica se desresponsabiliza pelo cuidado do paciente, mas, sim, como um compartilhamento do caso³. Uma das implicações mais relevantes do processo de reorganização dos serviços de saúde que se desloca de um modelo fragmentado para um modelo articulado em redes de atenção é a necessidade de se estimular a integração das ações e serviços de saúde. Aponta-se, assim, para um modelo de atenção multi e interdisciplinar, resolutivo e focado na prevenção de agravos e na promoção da saúde^{4,5}.

A Portaria nº 2.436/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), busca operacionalizar a integralidade proposta pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) enquanto ordenadora do cuidado. De acordo com a referida portaria:

*Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território*⁶ (p. 7, grifo nosso).

Essa articulação proposta pela política nacional para estimular a integralidade pode ser considerada ainda um desafio complexo para os gestores da rede pública de saúde. A baixa resolubilidade real da atenção básica acaba gerando problemas como filas, encaminhamentos desnecessários que acarretam a descontinuidade do cuidado. Ainda segundo a portaria, é atribuição dos profissionais da atenção básica:

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;⁶ (p. 15-16, grifo nosso).

Estratégias de comunicação intra e inter pontos de atenção devem ser criadas e aprimoradas com o objetivo de gerar maior resolubilidade da atenção básica, atendimento integral e humanizado e facilitar o acesso do paciente aos diferentes serviços oferecidos pela rede pública, quando necessário⁷.

A implantação do Cuidado Farmacêutico na unidade também vem com a proposta de potencializar essas ações de integração com a equipe de saúde da unidade no cuidado ao paciente e propondo mecanismos que facilitem o fluxo do paciente a outros serviços, conforme necessidades, bem como seu retorno à atenção básica para continuidade do cuidado com esse profissional⁸.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

PESQUISE E REFLITA!

Como o profissional que realiza o serviço de Cuidado Farmacêutico pode contribuir para a referência e contrarreferência a partir de um serviço especializado?



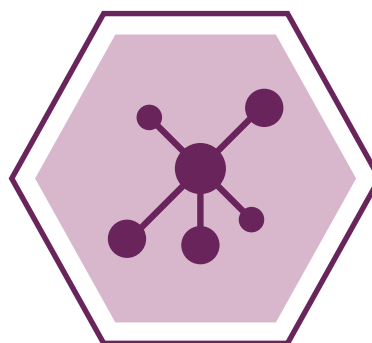
DICA!

Acesse o Caderno 3 do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica do Ministério da Saúde⁸.

Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Os fluxos e a integração entre diferentes pontos de atenção

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e é entendido como um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”² (p. 2). Esse conceito, entretanto, não é estático e tem sido discutido e ampliado desde a sua enunciação, proporcionando avanços em modelos de práticas assistenciais^{1,2}.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Consideramos que o serviço de Cuidado Farmacêutico contempla, entre outras coisas, auxiliar nos processos de identificação da necessidade de referência ou contrarreferência dos pacientes que atende, considerando-se o modelo de consulta farmacêutica proposta pelo método clínico. Assim, em conjunto com os demais profissionais e equipes, o farmacêutico pode auxiliar na qualidade e monitoramento da trajetória terapêutica do paciente, estimulando seu retorno ao cuidado continuado proposto pela Atenção Básica.

Referência e contrarreferência

A crítica ao modelo piramidal de fluxos ascendentes e descendentes é parte do processo de reorganização do sistema de saúde em redes, como ilustra a Figura 5.



Figura 5. Modelo piramidal de organização do sistema de saúde, considerado fragmentado, unidirecional e hierarquizado
Fonte: Godoy¹ (p. 365).

Surge, juntamente com a crítica ao modelo hierarquizado, a intenção de se gerar um aperfeiçoamento dos conceitos e práticas de referência e contrarreferência como estratégias para promover a integralidade do cuidado de maneira continuada, colocando a atenção básica como ordenadora dessas ações de cuidado¹¹.

REFERÊNCIA

A referência denomina-se pela ação na qual o paciente é encaminhado para serviços com níveis de densidade tecnológica e de especialização mais complexos. São os casos de hospitais e centros de especialidade¹¹.



CONTRARREFERÊNCIA

A contrarreferência, por sua vez, denomina-se como o encaminhamento do paciente para níveis de complexidade tecnológica mais baixos, com atendimento em níveis mais primários, até que o paciente retorne ao cuidado da atenção básica em seu território de saúde, onde poderá ser acompanhado periodicamente pela equipe multidisciplinar com foco em prevenção de riscos e agravos e promoção de saúde¹¹.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Fonte: "Imagens - Freepik ©"

IMPORTANTE!

É necessário fazer uma reflexão sobre o conceito de complexidade dos serviços oferecidos nos diferentes pontos de atenção. Aumento de densidade tecnológica e de custos de operações não necessariamente acompanham aumento de complexidade. Os serviços oferecidos pela atenção básica podem ser considerados de alta complexidade, apesar de utilizarem tecnologias leves para a maioria dos seus procedimentos.



Os conceitos e práticas de referência e contrarreferência, entretanto, seguem em um processo de desenvolvimento lento constituindo-se em um gargalo para efetivação das mudanças esperadas pelos teóricos das redes de atenção³. Estudos qualitativos com trabalhadores da saúde realizados por Juliani¹² e Brondani e colaboradores³ demonstram que pouco se tem avançado em relação aos mecanismos de integração do cuidado no sentido do compartilhamento interserviços. As principais temáticas encontradas através dessas investigações foram: precariedade do sistema de referência e contrarreferência, fatores limitantes em relação às possibilidades de encaminhamento, informalidade nos processos estruturais de encaminhamento dos pacientes¹² e dificuldade de articulação dos serviços de saúde e trabalho solitário³.

Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Apesar da intenção em se afastar da representação piramidal, para a efetivação dos mecanismos de referência e contrarreferência, parece ser imprescindível resgatar elementos do modelo a ser superado, vivenciando suas fragilidades e potencialidades para que haja sustentabilidade nessa transição² (Figura 6). Podemos considerar que há poucos relatos de experiências exitosas na literatura sobre esse tema, demonstrando a fragilidade e a carência de experiências que possam ser integradas para que venham a compor um referencial político e técnico sobre o processo de integração inter e intra pontos de atenção. A busca por mecanismos que instrumentem e facilitem o processo de referência e contrarreferência é, portanto, essencial para a garantia da integralidade da assistência à saúde. Igualmente, o bom funcionamento desses mecanismos contribui para a operacionalização do Cuidado Farmacêutico, um conjunto de serviços que surge sob a ótica da abordagem sistêmica, holística e interdisciplinar de saúde^{2,4}.

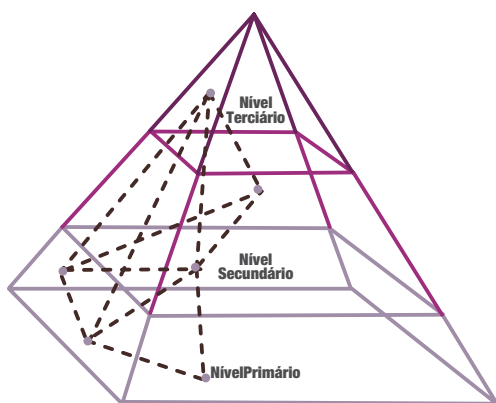


Figura 6. Modelo organizacional de referência e contrarreferência /
Fonte: Lavras¹¹

Podemos notar que apesar de guardar certa similaridade com o modelo piramidal, o modelo proposto por Lavras¹¹ insere uma dinâmica que demonstra a articulação entre os serviços. Além disso, considera a articulação entre os diferentes níveis de atenção e também entre diferentes unidades de saúde dentro de mesmos níveis de atenção. O estímulo a comunicação e articulação entre profissionais de mesmos níveis ou de diferentes níveis de atenção é uma estratégia para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, proporcionando, além da integralidade, a longitudinalidade do cuidado.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Consideramos, a partir desse modelo, a possibilidade de encaminhamento do paciente de um serviço profissional específico para diferentes serviços dentro de um mesmo nível de atenção. A esse processo convencionamos chamar de referenciamento interno. Nesse caso, é possível que, por exemplo, o farmacêutico da atenção básica identifique a necessidade de atendimento nutricional de nível primário e possa então referenciar o paciente para uma nutricionista.

É contando com uma postura proativa e criativa de profissionais e instituições que poderemos desenvolver estratégias para melhorar o cuidado integral ao paciente. Projetos de implantação de serviços, como o de Cuidado Farmacêutico, oferecem uma oportunidade interessante para elaborar e testar novos mecanismos que favoreçam a integração da equipe e um atendimento integral e humanizado ao usuário.

A referência e a contrarreferência em serviços de Cuidado Farmacêutico

Os pacientes acolhidos pela atenção básica muitas vezes podem necessitar de cuidados em serviços de maior especificidade (centros de especialidade médica) ou com suporte de maior densidade tecnológica (internamento, medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica, internamento em leito hospitalar). Quando o paciente é encaminhado da atenção básica para essas unidades é realizado um referenciamento, conforme mostra a Figura 7.

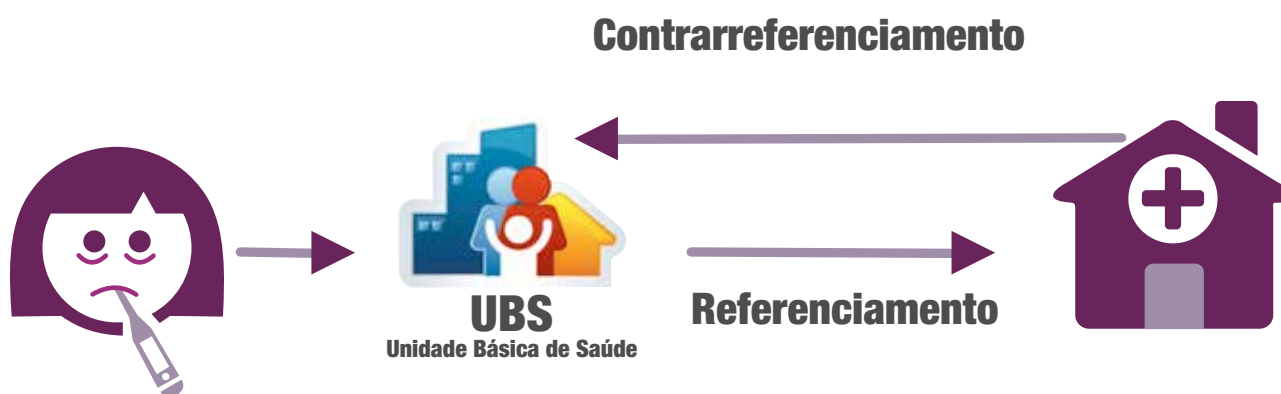


Figura 7. Ilustração do processo de referenciamento e contrarreferenciamento / Fonte: Godoy¹⁰ (p.379).

Referenciamentos desnecessários trazem problemas para o sistema, gerando transtorno e risco para o paciente, aumento de custos e prejuízo na eficiência dos serviços de referência, os quais já apresentam superlotação e filas significativas. Além disso, referenciar casos que poderiam ser atendidos na unidade de saúde acaba subestimando a capacidade resolutive da atenção básica¹².

O encaminhamento é realizado pelo profissional médico que avalia a gravidade de determinada condição aguda ou crônica e, quando julga necessário, encaminha o paciente para serviços de referência. Trata-se, portanto, de um ato privativo¹³. Assim, necessariamente o encaminhamento deverá passar pelo médico. Entretanto, essa necessidade de encaminhamento também poderá ser identificada durante consultas farmacêuticas ou de outros profissionais⁸.

Nas consultas farmacêuticas propostas pelo modelo de cuidado que propomos implantar, o usuário é avaliado de maneira global e são considerados sintomas, condições de saúde e o histórico de medicamentos do paciente.

Em experiência realizada no município de Curitiba, entre os anos de 2014 e 2015, com foco na implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico nos pontos de atenção à saúde da atenção básica e especializada, vários mecanismos foram criados com a finalidade de melhorar a integralidade do cuidado e a integração entre os serviços. Entre os quais a realização de reuniões periódicas com a equipe de saúde das unidades e dos demais pontos de atenção à saúde. Também foram criados mecanismos de comunicação através de e-mails ou cartas endereçadas a diferentes profissionais de acordo com a necessidade⁸.

Assim, ao identificar indivíduos, por exemplo, não respondentes à terapia disponibilizada pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e cujo protocolo clínico sugere outro tipo de intervenção existente em unidades de referência, será necessário referenciar esse paciente. Para que isso aconteça, o compartilhamento do caso com o médico ou com a equipe é fundamental para que haja consenso sobre o seu encaminhamento.

A criação de mecanismos comunicacionais que permitam a validação desse encaminhamento é de fundamental importância nesses casos. Tal encaminhamento deve ser pensado para que seja o mais eficiente possível, com cuidado para que não gere novas filas ou demandas excedentes para os profissionais da unidade. Para isso, o instrumento deverá ser claro, conciso e objetivo. Além disso, deverá ser validado e pactuado com a equipe multidisciplinar, testado e melhorado, se necessário. Alguns municípios podem conter fichas de encaminhamento formais, impressas ou informatizadas. É importante se apropriar desses mecanismos, reavaliá-los e, se necessário propor alterações em conjunto com a equipe, incluindo o farmacêutico nesse processo¹⁴.

Uma das experiências mais expressivas foi a aproximação entre os farmacêuticos das unidades de saúde e aqueles de outros pontos de atenção e a criação de mecanismos comunicacionais que facilitassem a interação entre esses profissionais. Com a sedimentação do serviço de Cuidado Farmacêutico nas unidades básicas de saúde, muitos farmacêuticos acabavam se tornando gestores de caso de vários pacientes crônicos polimedicados e com policomorbidades. Como gestor de caso, o farmacêutico acolhia, acompanhava e gerenciava o itinerário terapêutico desses pacientes.

A aproximação entre os farmacêuticos do cuidado de diferentes pontos de atenção facilitou esse processo e estimulou principalmente um mecanismo que se mantinha consideravelmente inerte no município até então: a contrarreferência. A contrarreferência é uma das estratégias do modelo organizacional de redes de atenção para garantir a continuidade do cuidado para a população adscrita nos diversos territórios de saúde. Acontece quando o paciente, antes referenciado para serviços de maior especificidade ou adensamento tecnológico, retorna à unidade básica de saúde, ou a um serviço de menor adensamento tecnológico, na chamada atenção secundária¹¹.

Com relação ao exemplo do município de Curitiba, quando houve a implantação do Cuidado Farmacêutico em unidades de referência, como hospitais e centros de especialidade ou outros serviços de saúde que não a unidade básica, como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), observou-se que havia uma deficiência significativa de mecanismos que estimulassem a contrarreferência dos pacientes para a unidade básica. Muitos pacientes da UPA, por exemplo, adentravam a unidade com agravos decorrentes do uso incorreto dos medicamentos, retornando ao domicílio com mais uma prescrição, complexificando ainda mais sua farmacoterapia, mas sem retornar ao cuidado multidisciplinar oferecido pela Unidade Básica de Saúde (UBS).

Uma estratégia utilizada nesse contexto foi a intercomunicação dos diversos serviços de Cuidado Farmacêutico de diferentes pontos de atenção com os farmacêuticos que atendiam pacientes nas UBS. O processo precedia da detecção de pacientes que já haviam sido atendidos em unidades de referência, sem que tivesse sido realizado o contrarreferenciamento pelo médico.

O farmacêutico dessa unidade realizava o atendimento desse paciente e o encaminhava para o acolhimento pelo farmacêutico da UBS que, por sua vez, se responsabilizava como gestor de caso desse usuário. Durante esse atendimento, o farmacêutico identificava as necessidades do paciente e realizava os encaminhamentos necessários, inclusive com o compartilhamento do caso com a equipe de saúde da UBS, quando necessário.

“O reconhecimento, pelos demais profissionais, das competências do farmacêutico para trabalhar junto a pacientes complexos, principalmente os polimedicados e portadores de doenças crônicas, é fundamental, especialmente no início da implantação desses serviços. Médicos, enfermeiros, educadores físicos, psicólogos etc., estão entre os profissionais que podem identificar pacientes que se beneficiariam do atendimento do farmacêutico e podem encaminhar esses pacientes para uma consulta farmacêutica. Isso facilitaria o preenchimento da agenda de atendimento do farmacêutico com pacientes devidamente selecionados para esse atendimento.”

O farmacêutico poderá encaminhar seu paciente para profissionais de uma mesma unidade de saúde, gerando um processo de referenciamento interno que estimula a pluridisciplinaridade do cuidado, além de poder, quando necessário, realizar atendimentos compartilhados com outros profissionais.

Apesar de utilizar instrumentos comunicacionais simples e consolidados, como sistema informatizado para registro de consultas e cartas endereçadas aos profissionais, esse modelo experimental aumentou o nível de integração entre serviços e possibilitou o retorno dos pacientes ao cuidado proposto pela atenção básica. As experiências de integração dos serviços farmacêuticos implantados em Curitiba são a continuação do projeto de implantação do cuidado farmacêutico na atenção básica à saúde.

IMPORTANTE!

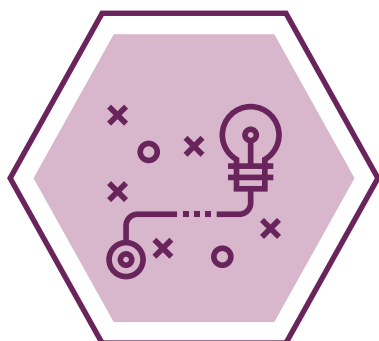
Para estimular mecanismos de referência e contrarreferência é essencial a participação do profissional médico, pois é ele o responsável por formalizar tal ato.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Mecanismos de integração entre equipes e serviços

A integração entre os serviços de um ponto de atenção é a expressão de um movimento contínuo no sentido da organização sistêmica, horizontal e holística das práticas de atenção à saúde no SUS15. Quando entendida superficialmente, se limita ao multidisciplinar, que representa a contribuição isolada de cada competência profissional para resolução de uma problemática ou um caso. Apesar de significar um avanço, a multidisciplinaridade ainda é limitada se considerarmos o horizonte da integralidade do cuidado.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

A implantação do Cuidado Farmacêutico está impregnada de conceitos que remetem à inter e à transdisciplinaridade, à abordagem sistêmica em saúde, à avaliação holística etc. Por isso, o Cuidado Farmacêutico, além de promover um novo tipo de serviço ao usuário (em verdade, vários serviços), também nasce com a premissa de estimular e fortalecer a integração das práticas da equipe de cuidado, inserindo-se nesse processo com a intenção de tornar as condutas profissionais mais eficientes, seguras e humanizadas. Por essa razão, a implantação do cuidado se dá na esteira da implantação de estratégias de ações de apoio matricial na unidade de saúde.

Matriciamento

O matriciamento é o nome dado à metodologia que orienta o funcionamento das equipes e/ou serviços de saúde no sentido do trabalho colaborativo e busca fortalecer um compromisso com a produção em saúde, a condução, o compartilhamento e a corresponsabilização pelos casos. Fortalece, também, o vínculo entre os profissionais e os pacientes, entre os trabalhadores, e entre o paciente e o sistema de saúde. Se expressa estimulando a interdisciplinaridade, a integralidade, rompendo com tradicionais relações de poder próprias do modelo biomédico de ações fragmentadas, verticalizadas e contingenciais¹⁶. Reuniões entre a equipe de saúde para discussão de casos clínicos pode ser uma estratégia para fortalecer o matriciamento (Figura 8).



Figura 8. Reunião entre as equipes de saúde / Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Uma característica importante assinalada por Jorge e colaboradores¹⁶ é o fato de que o processo de matriciamento repercute na concepção e nas ações de todos os profissionais envolvidos, inclusive em seus atendimentos individuais, ampliando a sua perspectiva clínica. Reproduzimos a seguir um excerto do artigo publicado pelos referidos autores, com o depoimento de um profissional sobre o impacto do matriciamento na sua prática:

“ Quando a gente matrícia pela primeira vez na vida, a gente deixa de executar um trabalho individualmente. Nós nos reunimos e formamos uma roda de conversas com o terapeuta ocupacional, o psicólogo, o enfermeiro, o médico, e isso acaba nos gerando uma troca de conhecimento, eu aprendo com a psicóloga, ela aprende comigo, e nós aplicamos o que foi aprendido até nos nossos atendimentos individuais¹⁶ (p. 5). ”

Uma concepção de matriciamento que desvia a lógica do cuidado individualista para o cuidado interdisciplinar é um fator importante para o desenvolvimento dessa ferramenta na unidade de saúde. Por outro lado, concepções de matriciamento que associam esse conceito a apenas mais um serviço oferecido no cardápio da atenção básica prejudicam a implantação desse tipo de atividade, pois retomam posições clássicas de encaminhamentos multidisciplinares e relações verticais entre as categorias⁴.

A gestão deve favorecer a integração da equipe de modo a superar entraves argumentativos referentes a falta de tempo, equipe incompleta ou indisponibilidade de ações integrativas. A sensação de urgência e incompletude das tarefas deve ser mitigada nas equipes para que se consiga operacionalizar ações de matriciamento de forma adequada. Observe mais um excerto ilustrativo, também retirado do trabalho de Jorge e colaboradores¹⁶, no qual um profissional comenta dificuldades operacionais do matriciamento:

Para alguns coordenadores da unidade de saúde, tirar o médico da consulta é o fim do mundo. O mundo vai acabar. Vão morrer todos os pacientes, então nós temos uma dificuldade de fechar as agendas dos médicos, principalmente pela demanda da população que é muito grande. [...] O posto de saúde tem muito da questão da produtividade, o número de pessoas que você atende [...] tem uns profissionais que se comprometem mais, uns estão mais preocupados com a quantidade de atendimentos e não com a qualidade do tratamento¹⁵ (p. 7).



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Esse exemplo representa a dificuldade de rompimento com modelos fragmentados, medicocentristas e biologicistas da saúde. Apesar de ser um desafio romper com modelos tradicionais que oferecem ações de saúde compartimentadas e que priorizam a produtividade, as ações integradas da equipe podem gerar resultados mais satisfatórios para o usuário e a população como um todo. Equipes que praticam múltiplos encaminhamentos apontam para um processo que mais se parece com a desresponsabilização coletiva do que com a corresponsabilização pelo cuidado ao usuário.

No processo de implantação do Cuidado Farmacêutico é necessário desenhar estratégias técnico-pedagógicas que estimulem a realização de ações de matriciamento entre profissionais e equipes de saúde, inclusive com equipes de outros pontos de atenção, como CAPS, UPAS, hospitais etc.

O matriciamento no Cuidado Farmacêutico

O matriciamento estimulado pelo Cuidado Farmacêutico é fundamental para a operacionalização das atividades clínico-assistenciais desse profissional. Ao mesmo tempo, as atividades técnico-pedagógicas desse profissional se constituem em práticas de matriciamento. Assim, o farmacêutico e o gestor podem desenhar e propor, já no momento da implantação do Cuidado Farmacêutico, diversas ações relacionadas com o matriciamento (Figura 9).

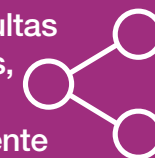


Figura 9. Ações do farmacêutico no contexto do apoio matricial/
Fonte: Adaptado de Godoy¹⁰.

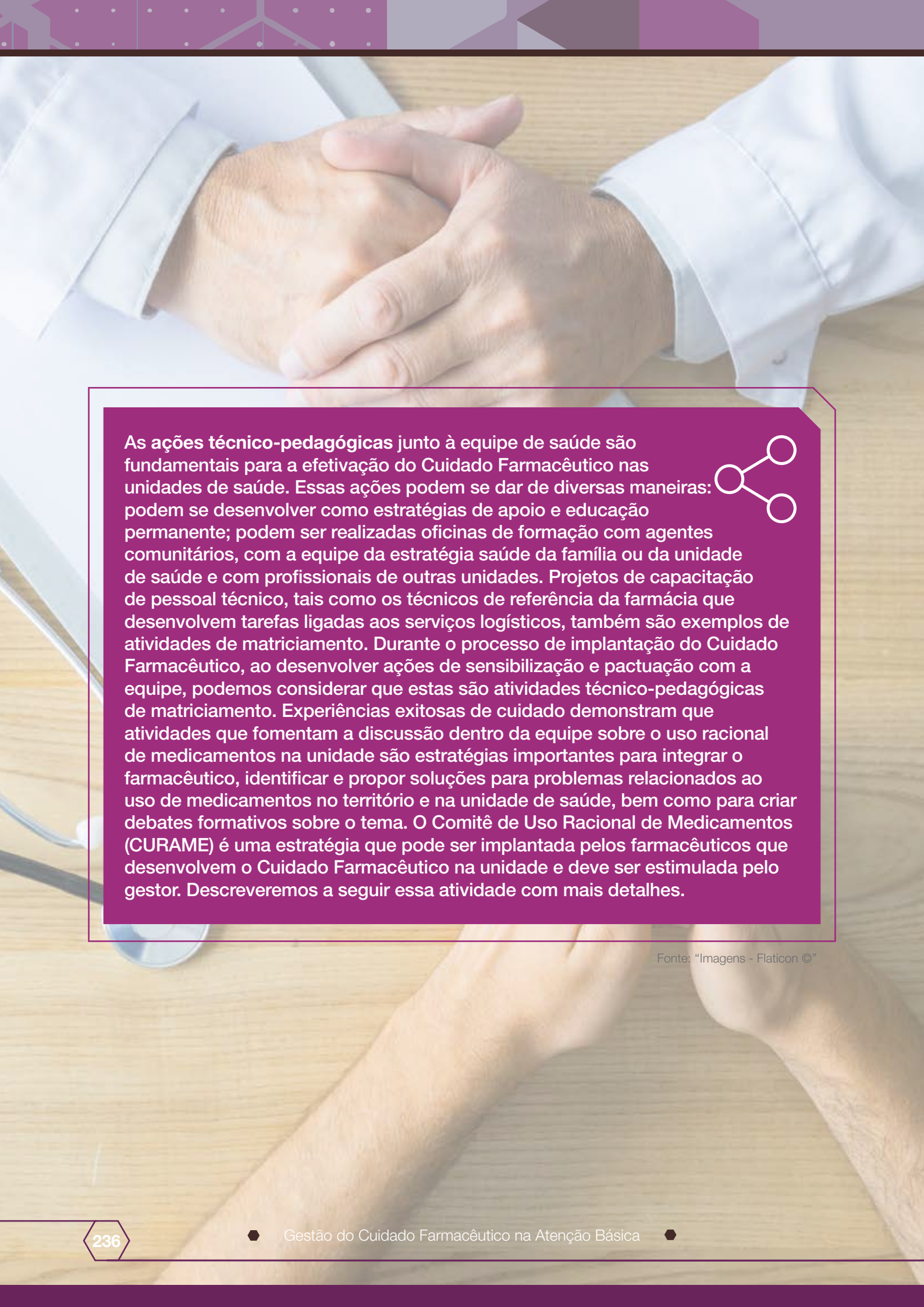
As ações no território da ESF podem estar relacionadas a atividades de identificação das características de uso de medicamentos no território de saúde junto à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que propõem o desenvolvimento de hortas comunitárias com plantas medicinais, discussão sobre o uso de fitoterápicos e plantas medicinais com a população, oficinas sobre uso racional de medicamentos, campanhas de triagem, entre outras.



As ações clínicas compartilhadas podem ser ilustradas pelas consultas compartilhadas, de um mesmo paciente, entre diversos profissionais, mas também podem se desenvolver durante visita domiciliar, discussão de casos clínicos com profissionais ou mesmo com o agente comunitário. A realização de atividades interdisciplinares e transdisciplinares é realidade em muitas unidades de saúde e os CAPS talvez representem o melhor exemplo do aprimoramento desse tipo de experiência⁴. A realização de consultas compartilhadas pode acontecer como estratégia de acolhimento, realização de plano terapêutico individual para pacientes. Podem ocorrer também no atendimento de pacientes complexos que se beneficiariam de uma consulta com um ou mais profissionais, gerando maior resolubilidade e eficiência. Durante a implantação do Cuidado Farmacêutico em municípios como Curitiba foi comum a realização de consultas compartilhadas com o médico, focadas em adesão e efetividade da terapia crônica. Essa abordagem gera maior vínculo com o paciente, corresponsabilização pelo caso, além de promover o diálogo e o compartilhamento de saberes entre os profissionais.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”



As ações técnico-pedagógicas junto à equipe de saúde são fundamentais para a efetivação do Cuidado Farmacêutico nas unidades de saúde. Essas ações podem se dar de diversas maneiras: podem se desenvolver como estratégias de apoio e educação permanente; podem ser realizadas oficinas de formação com agentes comunitários, com a equipe da estratégia saúde da família ou da unidade de saúde e com profissionais de outras unidades. Projetos de capacitação de pessoal técnico, tais como os técnicos de referência da farmácia que desenvolvem tarefas ligadas aos serviços logísticos, também são exemplos de atividades de matriciamento. Durante o processo de implantação do Cuidado Farmacêutico, ao desenvolver ações de sensibilização e pactuação com a equipe, podemos considerar que estas são atividades técnico-pedagógicas de matriciamento. Experiências exitosas de cuidado demonstram que atividades que fomentam a discussão dentro da equipe sobre o uso racional de medicamentos na unidade são estratégias importantes para integrar o farmacêutico, identificar e propor soluções para problemas relacionados ao uso de medicamentos no território e na unidade de saúde, bem como para criar debates formativos sobre o tema. O Comitê de Uso Racional de Medicamentos (CURAME) é uma estratégia que pode ser implantada pelos farmacêuticos que desenvolvem o Cuidado Farmacêutico na unidade e deve ser estimulada pelo gestor. Descreveremos a seguir essa atividade com mais detalhes.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Os Comitês de Uso Racional de Medicamentos (CURAMEs) como estratégia de integração da equipe a partir do Cuidado Farmacêutico

Os CURAMEs são estratégias de matriciamento advindas da vertente técnico-pedagógica do Cuidado Farmacêutico e tem como finalidade divulgar produção científica e fomentar debates com os profissionais da rede sobre a promoção do uso racional de medicamentos. Esses debates podem ser estimulados por problemas reais com medicamentos identificados no sistema de saúde da região⁸.

Os CURAMEs devem ser reconhecidos como atividades internas regulares e regulamentadas pela gestão municipal. São atribuições desse comitê⁸:

- reconhecer e monitorar o perfil de utilização de medicamentos nas microrregiões;
- reconhecer e o monitorar o nível de adesão dos usuários ao tratamento, bem como demais problemas relacionados a medicamentos presentes nas regiões de saúde;
- analisar as situações de uso inadequado de medicamentos no município e promover ações para colaborar em sua resolução;
- atuar em caráter consultivo com outros comitês e grupos de trabalho sobre a temática do acesso e uso racional de medicamentos;
- instituir grupos de trabalho para desenvolver atividades relacionadas às finalidades do comitê, quando necessário;
- propor e desenvolver ações de capacitação dos profissionais de saúde através de eventos de caráter técnico-científico relacionados à temática do uso racional de medicamentos;
- articular o trabalho colaborativo das equipes de saúde para garantir acesso e uso racional de medicamentos;
- contribuir para estimular ampliação e qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes;
- debater e propor aprimoramento da regulamentação da vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no município;
- propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimento científico, tecnológico e profissional relacionados à temática do uso racional de medicamentos;
- promover integração e articulação entre órgãos e entidades públicas e privadas no município no sentido de estimular o uso racional de medicamentos pela população;
- elaborar documentos técnicos, informativos, materiais de divulgação ao público interno e externo à secretaria de saúde.

Fonte: "Imagens - Pixabay ©"



“ As ações propostas nos CURAMEs se configuram, portanto, como a principal, porém não a única, estratégia do Cuidado Farmacêutico para promover e estimular o matriciamento entre os serviços de saúde. Esses comitês se inserem de maneira inclusiva nessa lógica do cuidado interdisciplinar em todos os seus aspectos, desde o processo de implantação. Além disso, tem a intenção de estimular e desenvolver a lógica da integralidade nos diferentes serviços de saúde e, igualmente, esse comitê operacionaliza e regulamenta as ações técnico-pedagógicas propostas pelo Cuidado Farmacêutico em sua carteira de serviços. Seja na forma de CURAME, seja a partir de outra estratégia semelhante é fundamental a participação da gestão na intenção de estimular ações desse tipo, que integrem, ensinem e conscientizem sobre a problemática da morbimortalidade relacionada a medicamentos e a necessidade de se debater o uso racional de medicamentos. ”

Considerações finais

O Cuidado Farmacêutico a ser implantado se desenha no sentido de contribuir para o fortalecimento das redes de atenção à saúde. Trata-se de uma prática que orbita em torno de posições ideológicas e filosóficas que remetem à concepção dinâmica, sistêmica e ecológica da vida. A integralidade é mais do que uma prática a ser buscada, é um referencial teórico e um posicionamento.

Por isso, as questões relacionadas ao matriciamento, enquanto ferramenta que promove a inter e a transdisciplinaridade em saúde, são de fundamental importância para o Cuidado Farmacêutico⁴. Da mesma forma, a melhoria dos mecanismos de referência e contrarreferência, que subverte a lógica do encaminhamento como desresponsabilização, também deve ser um horizonte a ser construído com a colaboração dos serviços de Cuidado Farmacêutico.

Relações de poder verticalizadas e centralizadas tendem a gerar alienação no processo de trabalho, desestímulo e descompromisso. O Cuidado Farmacêutico deverá atuar com a finalidade de subverter essa lógica no intuito de humanizar o cuidado em saúde, articulando equipes e serviços para melhorar a eficiência das práticas e promover o uso racional de medicamentos como instrumento para melhoria de vida da população.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Síntese da aula

- Nesta aula, abordamos o tema da integralidade, que constitui um dos horizontes almejados pelo SUS e pelas redes de atenção à saúde. A garantia desse princípio do SUS passa por estratégias que possam permitir ao paciente acesso a todos os serviços de que necessita, desde cuidados primários oferecidos pela Atenção Básica até cuidados em centros de especialidades e de maior densidade tecnológica, como hospitais.
- Outra grande questão que envolve a integralidade é o estímulo à integração entre profissionais, equipes e serviços, no intuito de gerar interdisciplinaridade e corresponsabilização no cuidado ao paciente.
- Apresentamos estratégias para que o Cuidado Farmacêutico se insira e estimule a integração entre equipes e profissionais e que também ofereçam mecanismos para colaborar com a melhoria dos processos de referência e contrarreferência a partir da unidade básica.

Até o próximo módulo!

Glossário

Multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade: Diz respeito ao estudo de um assunto ou objeto de uma disciplina por várias disciplinas ao mesmo tempo⁴.

Interdisciplinaridade: Diz respeito à transferência de métodos de uma disciplina para outra. Podemos distinguir três graus de interdisciplinaridade:

- a) um grau de aplicação** – por exemplo, os métodos da física nuclear transferidos para a medicina levam ao aparecimento de novos tratamentos para o câncer;
- b) um grau epistemológico** – por exemplo, a transferência de métodos da lógica formal para o campo do direito produz análises interessantes na epistemologia do direito;
- c) um grau de geração de novas disciplinas** – por exemplo, a transferência dos métodos da matemática para o campo da física gerou a física-matemática, os da física de partículas para a astrofísica (a cosmologia quântica), os da matemática para os fenômenos meteorológicos ou para os da bolsa (a teoria do caos), e os da informática para a arte (a arte informática)⁴.

Transdisciplinaridade: A transdisciplinaridade, como o prefixo “trans” indica, diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. Seu objetivo é a compreensão do mundo presente para o qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento⁴.

Referências

1. Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(Sup. 1):26-36.
2. Fratini JRGS, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7(1):65-72.
3. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1-8.
4. Nicolescu B. Reforma na educação e no pensamento: complexidade e transdisciplinaridade. Tradução de Paulo dos Santos Ferreira. 1999.
5. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 4 jan. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
7. Santos MC. Sistema de referência - contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, distrito de São João del Rei - MG: o papel da rede de atenção básica [trabalho de conclusão de curso]. São João del Rei: Universidade Federal de Minas Gerais. Especialização em Estratégia Saúde da Família, 2015.
8. Brasil. Ministério da Saúde Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica - Caderno 3: Planejamento e implantação de serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120 p.
9. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4):867-74.

10. Godoy RR. Análise qualitativa da interação farmacêutico-paciente em consultas ambulatoriais e desenvolvimento de serviços de Cuidado Farmacêutico na rede atenção à saúde de Curitiba. Curitiba-PR: Universidade Federal do Paraná - UFPR; 2017
11. Lavras C. Descentralização e estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: Ibañes N, Elias PEM, Seixas PH, organizadores. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. Capítulo 13.
12. Juliani CMCM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção dos enfermeiros. Rev Esc Enf USP. 1999;33(4):323-33.
13. Patsis, KS, Preenchimento de formulário referência e contrarreferência - Profissional Responsável. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná- CRM. PROCESSO CONSULTA N.º 17/2014 – PROTOCOLO N.º 8158/2014, 2014.
14. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2014;38(n. esp.):209-20.
15. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2).
16. Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Maia Neto JP, Gondim LGF, Simões ECP. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. Revista Psicologia: Teoria e Prática. 2014;16(2).



Material complementar



Manifesto:

Nicolescu B. O manifesto da transdisciplinaridade. São Paulo: Tirom; 1999. Disponível em: <https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4147299/mod_resource/content/1/O%20Manifesto%20da%20Transdisciplinaridade.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

Artigo:

Almeida PF, Gervas J.; Freire JM, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. Saúde em Debate. 2013;37(98):400-15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

Vídeo:

Projeto Matriciamento 2014. Piraquara - PR: Prefeitura Municipal de Piraquara - PR; 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=zjUvSmLTP0c&t=229s>>. Acesso em: 28 jan. 2019.





Autores



Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira

Docente da FCFRP-USP (desde 2004). Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq. Professor Associado do Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP desde 2013. Tesoureiro da ABCF (Associação Brasileira de Ciências Farmacêuticas) de 2012 a 2018. Vice-Presidente da Comissão de Graduação da FCFRP-USP (Gestão 2018-2020). Graduado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Ribeirão Preto (1998), Mestre e Doutor pela FCFRP-USP, Pós-Doutorado realizado no Departamento de Medicina Interna e Terapia Médica da Università degli Studi di Pavia-Itália e Livre-Docência no Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP. Credenciado como orientador no Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP e Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Rede Brasileira de Assistência Farmacêutica e Vigilância de Medicamentos. Atua na Linha de Pesquisa de Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica & Terapêutica, na qual desenvolve trabalhos sobre Cuidado Farmacêutico, Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância e Farmacoeconomia. Atualmente colabora como consultor técnico no Projeto: Atenção Básica – capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe do Hospital Alemão Oswaldo Cruz por meio do PROADI-SUS.

Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro

Possui graduação em Curso de Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1978), mestrado em Farmacologia pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (1996), mestrado profissional em Atención Farmacéutica pela Universidad de Granada (2001) e doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Atenção Farmacêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção farmacêutica, adesão ao tratamento, educação de pacientes, uso racional de medicamentos e assistência farmacêutica. É Coordenador do Curso Farmacêuticos na APS: trabalhando em Rede.

Me. Rangel Ray Godoy

Possui graduação pela Universidade Federal do Paraná (2010) e mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (2013). Atualmente é discente do programa de pós-graduação em ciências farmacêuticas da Universidade Federal do Paraná, nível doutorado, desenvolvendo atividades nas linhas de pesquisa serviços farmacêuticos na atenção primária a saúde e desenvolvimento de instrumentos clínicos de medidas.

Me. Samuel Amano Maximo

Mestre pelo programa de Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica pela Universidade Nove de Julho (2015). Graduação em Farmácia pela Universidade de Mogi das Cruzes (2005). Atualmente é assessor técnico na Organização Social de Saúde Santa Marcelina, atua também como preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família Faculdade (Santa Marcelina) e é instrutor credenciado pela American Heart Association nos cursos de Basic Life Support (BLS) e Primeiros Socorros na AAGAPE Santa Marcelina. Possui experiência na área de Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica e Serviços Clínicos Farmacêuticos.

Dr^a Thais Teles de Souza

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Sergipe (2010), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (2013) e Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (2017) na área de Farmácia Clínica. Foi apoiadora em Cuidados Farmacêuticos pelo Ministério da Saúde (2014-2016). Atualmente é Consultora ad hoc do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e Professora de Pós-graduação na área de Farmácia Clínica e Cuidados farmacêuticos. Atua desenvolvendo atividades nas áreas de Farmácia Social, Farmácia Clínica, Cuidados Farmacêuticos, Atenção Farmacêutica, Revisão Sistemática, Meta-análise e Avaliação de Tecnologias em Saúde.





Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

**Módulo III – Orientações para a construção do
projeto de implantação do serviço de Cuidado
Farmacêutico na Atenção Básica**

M III

Apresentação do módulo 3

Olá! O **Módulo 3** do projeto Atenção Básica tem como escopo subsidiar os gestores na elaboração de um projeto de implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica e discutir instrumentos de apoio para implantação, monitoramento e avaliação desses serviços.

Este módulo inicia-se com a **Aula 10**, que irá abordar o conceito de gestão em saúde e as principais funções administrativas, assim como os instrumentos necessários ao processo de gerenciamento do serviço de Cuidado Farmacêutico. Ao final dessa aula, esperamos que você possa conhecer os conceitos e compreender a importância das funções administrativas na gerência dos serviços de cuidado farmacêutico.

Dando sequência aos estudos, você chegará na, que irá tratar da importância do diagnóstico situacional, e os instrumentos necessários para sua realização, como subsídio ao processo de planejamento do serviço de Cuidado Farmacêutico. Ao concluir os estudos dessa aula, você estará apto a analisar o contexto atual do ponto de atenção à saúde em que poderá ocorrer a implantação e integração do serviço de Cuidado Farmacêutico na rede e conhecer conceitos, ferramentas e estratégias para desenvolvimento de um diagnóstico situacional o mais completo possível, identificando barreiras e potencialidades para serem consideradas nas próximas etapas da implantação.

Percorrida essa trajetória, temos a **Aula 12**, nela abordaremos as etapas necessárias para a elaboração de um projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Com isso, esperamos que você seja capaz de desenvolver uma proposta de projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Na **Aula 13**, serão apresentados os instrumentos e os procedimentos que dão suporte durante a implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico e as ferramentas de apoio para o desenvolvimento das atividades clínicas dos farmacêuticos. Ao encerrar seus estudos, você conseguirá identificar e de utilizar instrumentos e procedimentos de apoio necessários durante o processo de implantação do serviço de cuidado farmacêutico.

Por fim, na **Aula 14**, trataremos dos tipos de instrumentos e indicadores quantitativos e qualitativos que permitem monitorar e avaliar os resultados do serviço de Cuidado Farmacêutico. Finalizando mais essa aula, você será capaz de reconhecer as ferramentas de monitoramento e de avaliação do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Desejamos a você ótimos estudos!

Aula 10 - Gerenciamento do serviço de Cuidado Farmacêutico

Orlando Mário Soeiro

Ementa da aula

Esta aula aborda o conceito de gestão em saúde e as principais funções administrativas, assim como os instrumentos necessários ao processo de gerenciamento do serviço de Cuidado Farmacêutico.



Objetivo de aprendizagem

Conhecer os conceitos e compreender a importância das funções administrativas na gerência dos serviços de Cuidado Farmacêutico.



Introdução

O Cuidado Farmacêutico

O Cuidado Farmacêutico como parte do cuidado em saúde, deve compreender e incorporar as diretrizes para o desenvolvimento de cuidado integral, integrado, longitudinal de qualidade e resolutivo. Segundo Cecilio, a gestão do cuidado em saúde pode ser definida como

“o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia [...]”¹(pág. 589).

Um princípio fundamental, que baseia todos os dispositivos e estratégias propostos para a gestão do cuidado é o reconhecimento das peculiaridades do trabalho em saúde, considerando a variabilidade das situações de saúde (individuais e coletivas), a volatilidade do trabalho (produzido e consumido em ato), os importantes graus de autonomia dos trabalhadores, a multiplicidade de planos que constituem as organizações de saúde (histórias de vida, cultura, religião, projetos corporativos, projetos políticos, estilos de gestão etc.) e que interferem no modo como os encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários acontecem, e a multiplicidade de projetos em disputa².



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Oferecer um cuidado com qualidade não ocorre espontaneamente. É necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos³. O atual perfil de morbimortalidade da população brasileira impõe mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e de uso de medicamentos, elevando os gastos no sistema de saúde⁴, estabelecendo desafios aos governos, aos gestores de saúde e à população em geral.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

“Evidências apontam que o serviço de Cuidado Farmacêutico focado na melhoria da adesão de pacientes com doenças crônicas é efetivo e melhora os resultados em saúde⁶. De outro lado a construção de informações e indicadores sobre o Cuidado Farmacêutico contribui para a reflexão e o empoderamento da equipe de saúde sobre os resultados terapêuticos obtidos, contribuindo também para o monitoramento, avaliação e qualificação das ações de saúde.”

SAIBA MAIS!

Leia o caderno 4 da série Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, publicada pelo Ministério da Saúde, que trata dos resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba⁷.



No Brasil, assim como nos demais países, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das mortes, com destaque para os quatro grupos de causas de morte enfocados pela Organização Mundial da Saúde (OMS): cardiovasculares; câncer; respiratórias crônicas; e diabetes^{8,9}.

Fonte: "Imagens – Flaticon ©"



Fonte: "Imagens - Pixabay ©"

Nesse contexto, o medicamento tem se destacado como um insumo terapêutico essencial no cuidado da saúde da população e tem ocupado um lugar hegemônico na sociedade atual. Quando utilizado de forma racional, o medicamento passa a se apresentar como um dos recursos de maior custo-efetividade, entretanto, quando utilizado de forma inadequada, vem a ser um significativo problema de saúde pública¹⁰.

“ Além disso, a não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito tem sido identificada como causa do insucesso do tratamento e como geradora de gastos adicionais e desnecessários para o sistema de saúde, além de propiciar a piora na qualidade de vida do usuário⁵. ”

Nesse cenário, o Cuidado Farmacêutico (já conceituado em aula anterior) envolve a interação do profissional farmacêutico com o paciente e a sua integração com a equipe multiprofissional, visando a educação em saúde e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo para ampliar a efetividade e os resultados das ações de saúde.

A atenção integral ofertada aos usuários em um sistema de saúde universal é complexa, ainda mais quando aliada ao trabalho em equipe como o preconizado no SUS. Essa realidade torna-se mais complicada diante de um número cada vez mais elevado de problemas relacionados ao uso de medicamentos, constituindo um grande desafio para o aprimoramento das Políticas de Assistência Farmacêutica voltadas para a qualificação das ações de saúde no SUS. O profissional farmacêutico passa então a incorporar novas demandas assistenciais em sua rotina laboral, de forma a inserir a gestão do cuidado e as atividades clínicas na sua carteira de serviços disponibilizada aos gestores, usuários, e de forma integrada à equipe de saúde.

Gestão

PARA REFLETIR!

O que você entende por gestão/gerência de serviços?



Fonte: “Imagens – Flaticon ©”

A gestão do Cuidado Farmacêutico envolve a articulação entre duas dimensões: a de administrar (gerenciar) e a de cuidar. A partir do entendimento de que gestão, gerência e administração são sinônimos, e os seus significados compreendem a ação, o pensar e a decisão, compreendemos tais atividades como a arte de fazer acontecer e obter resultados que possam ser definidos, previstos, analisados e avaliados¹¹.

De maneira geral, a gestão é entendida como administração institucional (de nível superior) e gerência como administração de nível médio, ou seja, no SUS a gestão é a administração de um sistema de saúde (municipal, estadual ou federal) e a gerência é a administração de unidades de saúde ou programas.

Portanto, o desenvolvimento do gerenciamento do serviço de cuidado farmacêutico, enquanto um serviço de saúde, constitui a maneira pela qual se utilizam cotidianamente recursos organizacionais, humanos, materiais, informacionais, tecnológicos e financeiros, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, para alcançar os objetivos definidos no cumprimento da missão dos serviços de saúde.



Gerenciamento do Serviço de Cuidado Farmacêutico

A negociação e a pactuação são importantes ferramentas de gestão que respeitam as diferenças de interesses, de opinião e de análise de determinada realidade, contribuindo para o processo de integração entre a administração e a prática dos serviços, agilizando e qualificando o cuidado em saúde.

“ A negociação e a pactuação são importantes ferramentas de gestão que respeitam as diferenças de interesses, de opinião e de análise de determinada realidade, contribuindo para o processo de integração entre a administração e a prática dos serviços, agilizando e qualificando o cuidado em saúde. ”

O gerente precisa saber utilizar os recursos organizacionais com eficiência e eficácia e com alto grau de satisfação dos profissionais de saúde e, principalmente, do usuário¹³. Observe a Figura 1.



Figura 1. Eficiência e eficácia na utilização dos recursos
Fonte: Adaptado de Chiavenato¹³.

Os requisitos mínimos necessários ao processo de gestão são: projeto técnico definido, envolvimento dos atores no projeto técnico, recursos necessários e elaboração de estratégias que viabilizem política e tecnicamente a implantação do projeto técnico.

Dessa forma, no processo de gerenciamento do serviço de Cuidado Farmacêutico, o gerente deve conhecer o serviço, a sua capacidade de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, a necessidade de integração com a equipe e com os demais serviços de saúde, seus requisitos técnicos, administrativos, cognitivos, tecnológicos e econômicos, liderando as atividades necessárias ao processo de oferta e/ou qualificação do Cuidado Farmacêutico.

QUER SABER MAIS?

Leia o caderno 2 da série Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, publicada pelo Ministério da Saúde, cuja temática é capacitação para implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico¹⁴.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

A criação de uma equipe de condução constituída por farmacêuticos da Atenção Básica, pode contribuir de forma significativa, tanto com o gestor em todo o processo de elaboração do projeto técnico, implantação e/ou qualificação do serviço de cuidado farmacêutico, como para a sua institucionalização e perenização, como será abordado na aula 12.

O gerente deve iniciar o seu trabalho com a definição das diretrizes do Cuidado Farmacêutico, e os objetivos que se pretende alcançar; assim faz-se necessária a realização de um planejamento participativo que facilite o processo de trabalho e o alcance dos objetivos propostos.

Planejamento

“A gestão é um processo contínuo e sistemático, que utiliza o planejamento, visando alcançar metas e objetivos, as quais ocorrem pela tomada de decisões por parte da liderança de todo o processo”¹³.

O planejamento é um instrumento que nos permite alcançar um objetivo almejado para o futuro, a partir da avaliação da situação atual (recursos políticos, econômicos e cognitivos) e do desenvolvimento de planos de ações que viabilizem o alcance de tais objetivos¹³. O exercício sistemático do planejamento potencializa o alcance desses objetivos, uma vez que reduz as incertezas envolvidas no processo decisório.

Características do planejamento, de acordo com Chiavenato¹³:

- É um processo permanente e contínuo;
- Está sempre voltado para o futuro (o passado já se foi, o presente está ocorrendo é com o futuro que o planejamento deve se preocupar);
- Preocupa-se com a racionalidade da tomada de decisões, pois, ao estabelecer atividades para o futuro, funciona como um meio de orientar o processo decisório;
- Visa selecionar, dentre várias alternativas, um determinado curso de ação em função de suas consequências futuras e das possibilidades de sua execução e realização;
- É sistêmico e deve considerar o setor ou a instituição como uma totalidade;
- É iterativo, pois deve ser flexível para aceitar modificações e alterações;
- É uma técnica de alocação de recursos de forma antecipadamente estudada e decidida;
- É uma técnica cíclica, pois, à medida que é executado, deve permitir avaliação e mensuração para novos planejamentos com informações mais seguras e corretas;
- É uma função administrativa que interage dinamicamente com as demais, influenciando e sendo influenciado por todas elas;
- É uma técnica de coordenação, ou seja, permite a coordenação (integração e sincronização) de várias atividades no sentido da realização dos objetivos e de maneira eficaz;
- É uma técnica de mudança e de inovação.

O planejamento deve ser realizado em todos os níveis do processo administrativo do sistema de saúde, com características diferentes para cada nível.

Nesta aula, considerando o gerenciamento do serviço de Cuidado Farmacêutico um processo administrativo de nível intermediário, apresentamos um método simplificado realizado em seis etapas, conforme ilustra a Figura 2.

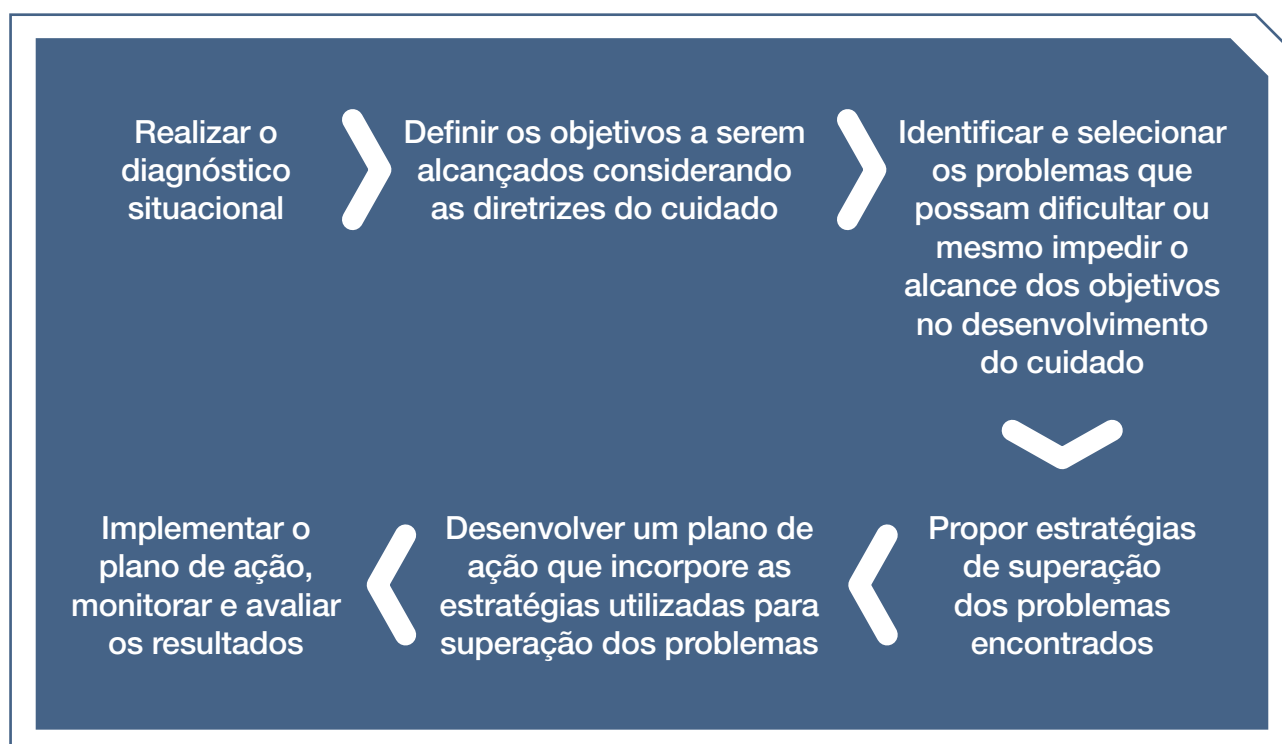
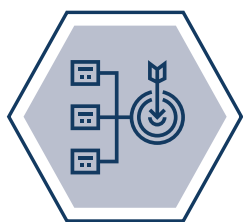


Figura 2. Etapas de planejamento
Fonte: elaboração própria

Missão

A missão dos serviços de saúde é sua razão de ser, pois nela é definida a sua finalidade nas ações de saúde para o atendimento de uma necessidade social. Além disso, deve responder a pelo menos três questões: por que o serviço deve existir, quem são os beneficiários, e que tipo de serviço deve ser prestado¹¹.



Fonte: "Imagens – Flaticon ©"

O Cuidado Farmacêutico deve atender a missão institucional (ou seja, da Secretaria Municipal de Saúde), visando o usuário como foco principal dos serviços, seus interesses e expectativas. Considerando o conceito de Cuidado Farmacêutico apresentado neste curso, faz-se necessário, no planejamento, a discussão com a equipe de saúde local sobre a definição de objetivos e metas para o processo de integração e de ação multiprofissional.

Além disso, os objetivos constituem as prioridades do serviço que, tornadas explícitas pelo gerente, devem estar voltadas ao cumprimento das diretrizes e aproximar a instituição de sua visão de futuro¹¹. De acordo com Chiavenato as características que devem apresentar os objetivos são¹³:



Fonte: “Imagens – Flaticon ©”

Os objetivos podem ser definidos a partir da análise do diagnóstico inicial, em função das diretrizes definidas para o serviço de Cuidado Farmacêutico. De outro lado considerando o conhecimento dos serviços e as necessidades iniciais de sua implantação, podemos apontar um conjunto de requisitos que podem se transformar em objetivos de acordo com o diagnóstico de cada município, por exemplo: um dos requisitos para a implantação do serviço é a presença de farmacêuticos capacitados para a microgestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. O município que possui farmacêutico(s) não capacitado(s) deverá apresentar como um dos seus objetivos a capacitação desses profissionais.

Exemplo: Objetivos a serem alcançados relacionados às diretrizes definidas para o Cuidado Farmacêutico

Diretriz 1 do Cuidado Farmacêutico:

“Implantar e desenvolver serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica do município”.

- Sensibilizar gestores para a necessidade dos serviços;
- Sensibilizar profissionais farmacêuticos para a necessidade dos serviços;
- Disponibilizar horas de profissional farmacêutico para atividade do Cuidado Farmacêutico (atividades clínicas e técnico-pedagógicas), podemos também determinar metas;
- Capacitar os farmacêuticos para a implantação e desenvolvimento das atividades clínicas;
- Disponibilizar consultório para o serviço de atendimento clínico;
- Disponibilizar equipamentos e materiais necessários aos serviços;
- Desenvolver instrumentos de referência e contra referência; entre outros.

Diretriz 2 do Cuidado Farmacêutico:

“Elaborar estratégias de integração com a equipe de saúde e com os serviços”.

- Sensibilizar a equipe de saúde para a importância e necessidade dos serviços;
- Apresentar, discutir e incorporar no projeto técnico de implantação dos serviços, as contribuições da equipe de saúde;
- Criação e implantação do Comitê para o Uso Racional dos Medicamentos (CURAME) como estratégia de integração da equipe no cuidado em saúde.

Veja as estratégias de integração na aula 9.

Apresentamos anteriormente, exemplos de objetivos considerando as diretrizes definidas para o cuidado farmacêutico a partir da missão da Secretária Municipal de Saúde, ou seja devemos apontar os objetivos necessários para alcançar ou tornar realidade a diretriz 1 dependendo do diagnóstico situacional do referido município. Se no diagnóstico do município for apontado a disponibilidade de consultório para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico, este requisito para alcançar a diretriz 1, não será apontado como objetivo a ser atingido. Caso contrário não havendo disponibilidade torna-se um objetivo a ser atingido para alcançar a diretriz 1.

Identificação e priorização dos problemas

Problemas são decorrentes de um estado negativo da realidade e denotam, em geral, ausência, carência ou insuficiência de um fator desejado, ou até mesmo a presença de um fator indesejado, que impede o alcance dos objetivos propostos. A percepção e a definição correta dos problemas são, geralmente, mais difíceis do que a sua solução¹².

A identificação e priorização dos problemas deve ser um processo de construção coletiva, desde o início, e dependendo do nível do planejamento – se setorial e não institucional – podemos priorizar a extensão dos problemas e suas causas e consequências, facilitando a observação geral da realidade¹¹. A identificação dos problemas deve estar preferencialmente vinculada a um determinado objetivo e integrados quando possível. (Conforme Anexo 1)

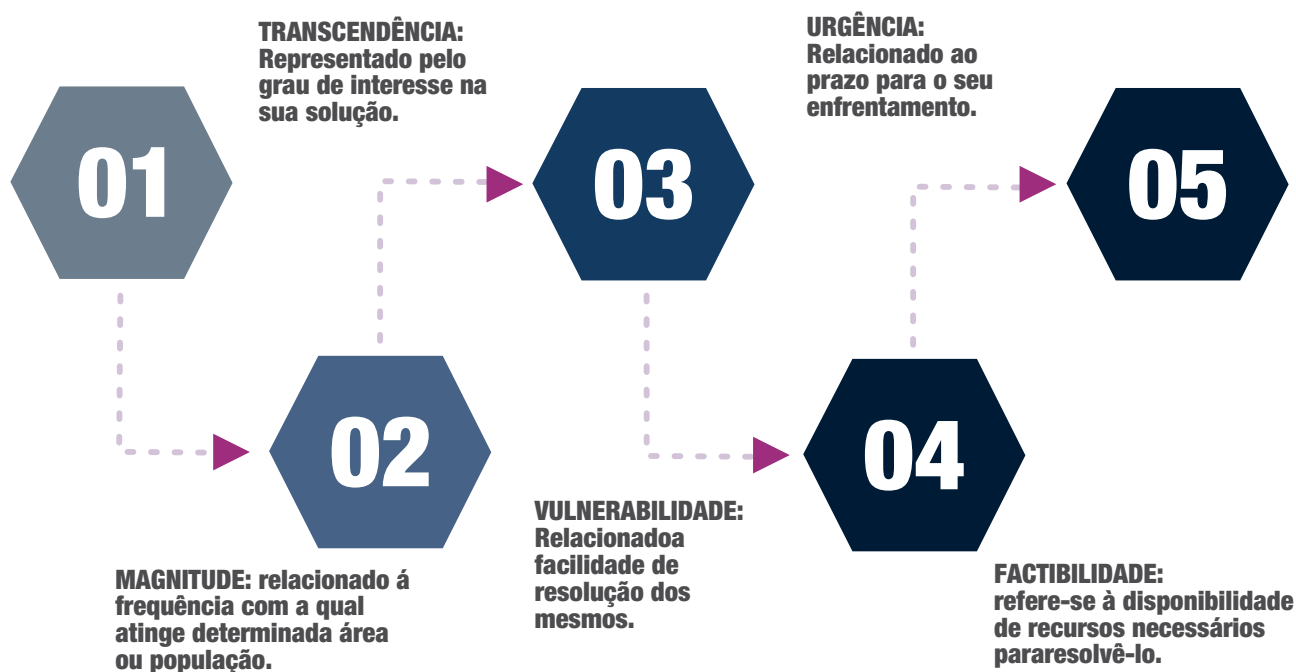


Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Quanto à priorização dos problemas, deve-se ter em mente os seguintes questionamentos:

“É muito frequente? É importante? Existem conhecimentos e recursos disponíveis para que a equipe de saúde possa enfrentá-lo? Tais questões orientam a tomada de decisão sobre quais são realmente prioritários¹².”

Deve-se também elaborar uma matriz de problemas e, considerando algumas características que podem ser pontuadas, podemos realizar a sua priorização¹². Os critérios mais utilizados são:



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Figura 3. Critérios utilizados para priorização de problemas
Fonte: Elaboração própria.

Considera-se uma pontuação com escala de 0 para a inexistência do critério analisado, 1 para pouco, 2 para padrão mediano, 3 para nível alto e 4 para nível muito alto; o somatório classificará o grau de prioridade dos problemas. A matriz descrita por Leite¹² encontra-se disponível no Anexo 2.

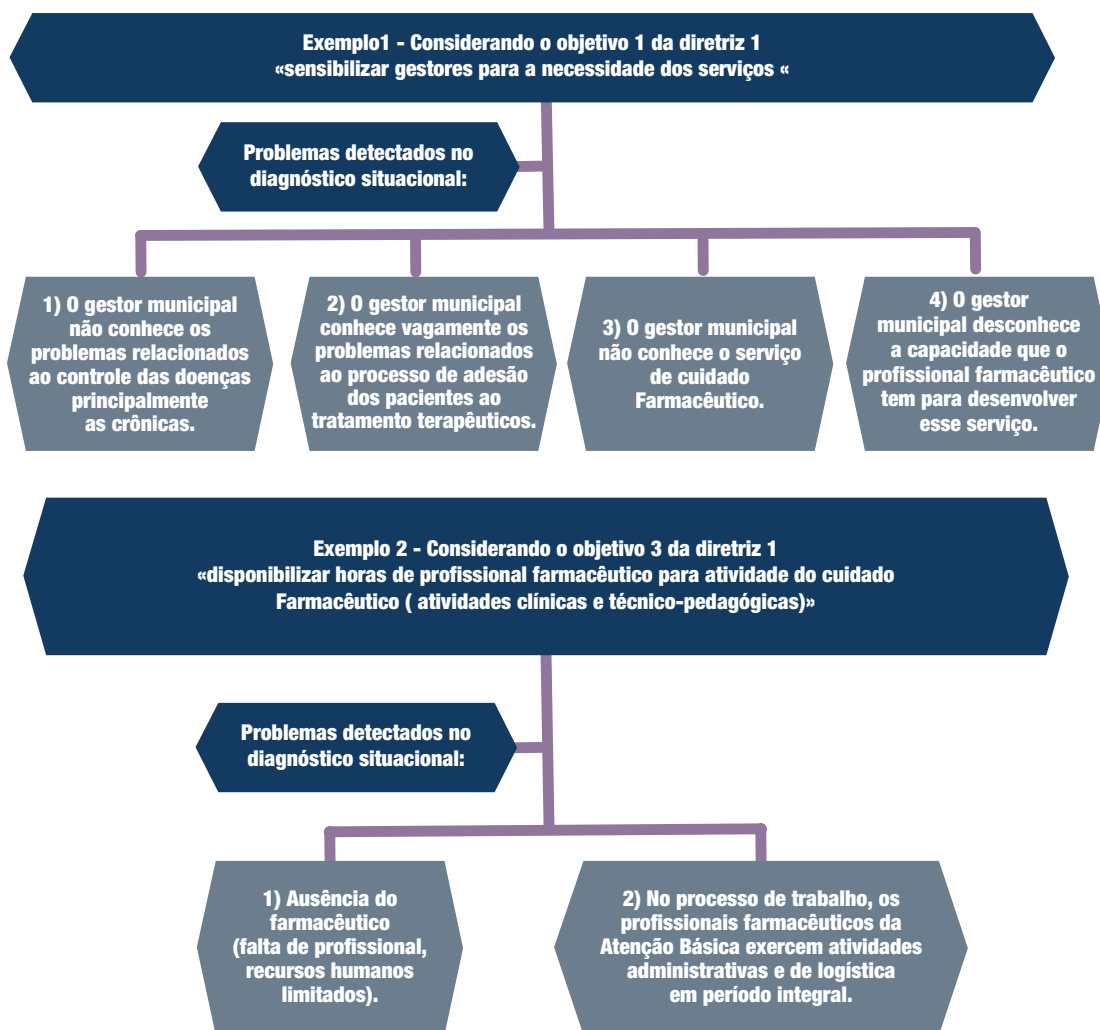


Figura 4. Exemplos de identificação dos problemas
Fonte: Elaboração própria.

Com esses exemplos, podemos identificar os problemas relacionados ao processo de implantação e qualificação dos serviços, considerando os objetivos definidos. No processo de avaliação dos serviços, podem ser definidos novos objetivos e a identificação de novos problemas a serem superados para atingir esses objetivos.

A próxima etapa, é construir a matriz de priorização dos problemas, conforme descrito anteriormente, para em seguida propor a elaboração de estratégias de ação, visando a superação de cada problema priorizado e permitindo o alcance dos objetivos para a implantação/qualificação da prática do Cuidado Farmacêutico.

QUER SABER MAIS?

Leia o texto sobre Planejamento em Saúde, publicado no livro Gestão da Assistência Farmacêutica¹⁷.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Estratégias de ação para resolução dos problemas

Cada problema deve estar relacionado a um objetivo, assim como devem ser definidos os recursos necessários, os responsáveis pela ação, o prazo para o desenvolvimento da ação e os produtos esperados. No Anexo 3 é apresentado um modelo de planilha para a realização desse processo.

Nos quadros a seguir, são apresentados exemplos de estratégias de ação para resolução de problemas.

Gerente: Pedro				Objetivo: disponibilizar horas de profissional farmacêutico		
Problema	Causas	Ação	Responsável	Atores envolvidos	Prazo	Produto esperado
Ausência de farmacêutico (falta de profissional - RH limitado)	Falta de recursos e/ou de sensibilização do gestor	Sensibilizar gestor municipal	Gerente do serviço de cuidado	Equipe de condução	30 dias	Horas de profissional farmacêutico para realizar o serviço de Cuidado Farmacêutico

Quadro 1. Exemplos de estratégia de ação (alternativa 1)
Fonte: Elaboração própria.

Gerente: Pedro				Objetivo: disponibilizar horas de profissional farmacêutico		
Problema	Causas	Ação	Responsável	Atores envolvidos	Prazo	Produto esperado
Agenda do profissional farmacêutico absorvida por atividades administrativas e de logística.	Ausência de prática do cuidado ou desorganização do processo de trabalho.	Levantar e organizar as atividades cotidianas realizadas pelo farmacêutico (a) na atenção básica.	Equipe de condução.	Gerente do serviço de cuidado.	30 dias	Liberação de horas semanais por profissional farmacêutico para realização do serviço de cuidado farmacêutico.

Quadro 2. Exemplos de estratégia de ação (alternativa 2)
Fonte: Elaboração própria.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Escolha da ação (tomada de decisão)

Decidir é optar ou selecionar, dentre diferentes alternativas de cursos de ação, aquela que pareça mais adequada. O processo decisório pode ser descrito em quatro fases, segundo Chiavenatto¹³:

1. Definição e diagnóstico do problema (envolve a obtenção de dados e fatos a respeito do problema);
2. Procura por alternativas de soluções mais promissoras;
3. Análise e comparação dessas alternativas de solução;
4. Seleção e escolha da melhor alternativa de plano de ação.

A decisão pode ser coletiva, considerando a equipe de condução sob a liderança do gerente que prepara a implantação e qualificação dos serviços, ou é responsabilidade do gestor. A eficiência na decisão é a obtenção de resultados máximos com os meios e recursos limitados. As Políticas de Saúde e de Assistência Farmacêutica constituem referências (guias) para as tomadas de decisões e contribuem para o alcance bem-sucedido dos objetivos.

Após a definição da(s) estratégia(s) de ação, é necessário avaliar o que é possível ser realizado, identificando as ações que estão fora de nossa capacidade de governabilidade ou desenvolver estratégias que aumentem a nossa governabilidade sobre a ação a ser desenvolvida. Considerando os cenários alternativos de ação, devemos realizar a escolha considerando as estratégias de tomada de decisão.

Continuando com os exemplos, consideremos as duas propostas de ação apresentadas anteriormente nos Quadros 1 e 2. Se a decisão for de implantação dos serviços nos próximos seis meses, devemos escolher a segunda alternativa de plano de ação, iniciando os serviços com a carga horária possível, considerando a governabilidade do gestor do cuidado em transferir parte da atividade administrativa do farmacêutico para outro profissional da equipe e, quando possível, ampliar com a contratação dos profissionais farmacêuticos. Porém, se a contratação/transferência de farmacêutico for possível em curto prazo (de 3 a 6 meses) podemos inverter a ordem de escolha da estratégia de ação a ser utilizada.

Plano de ação

O Plano de Melhoria do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica ou Plano de Implantação da Oferta do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, consiste na elaboração de uma planilha contendo as diretrizes, os objetivos, as metas e as estratégias de ação prioritizadas para superação dos problemas e o alcance dos objetivos no processo de oferta e/ou qualificação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Monitoramento e avaliação

Periodicamente, deve-se realizar o monitoramento e a avaliação do plano implantado, considerando o cumprimento dos objetivos e/ou das metas propostas, os resultados obtidos, a integração com a equipe e a satisfação do usuário. Para isso, é necessário elaborar uma matriz de indicadores que facilite e agilize esse processo, possibilitando assim a correção ou ampliação das melhorias. O monitoramento e a avaliação serão discutidos com detalhes na aula 14.

Habilidades do gestor/gerente no processo de implantação/ ampliação e qualificação dos serviços

PARA REFLETIR!

Quais habilidades o gestor/gerente deve aprimorar para facilitar o processo de gestão?



Fonte: "Imagens – Flaticon ©"

O sucesso de uma organização ou de um serviço se dá pelo cumprimento de sua missão e o gestor tem a responsabilidade de conduzir o processo administrativo (recursos e pessoas) nessa direção. A motivação, a liderança e a comunicação constituem os principais meios de conduzir pessoas nas organizações e serviços.

Motivação

Um dos grandes desafios dos gestores/gerentes é a motivação das pessoas envolvidas nos serviços. De modo genérico, motivo é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma. Esse impulso à ação pode ser provocado por estímulo externo (do ambiente) ou pode ser gerado internamente no processo de raciocínio da pessoa¹³.

As pessoas são completamente diferentes entre si e, no que tange à motivação, as necessidades que motivam o comportamento humano variam de pessoa para pessoa. Os valores pessoais e os sistemas cognitivos diferem entre as pessoas, assim como as capacidades pessoais para atingir os objetivos são diferentes. Lembrando ainda que os valores pessoais e as capacidades podem variar numa mesma pessoa com o passar do tempo¹³.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

QUER SABER MAIS?

Leia os textos *Gerencia em Chiavenato*¹⁶ e *Motivação no trabalho*, de Gondim e Silva²⁰.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

A motivação é um processo contínuo de satisfação das necessidades individuais por intermédio do atendimento das necessidades organizacionais.

Liderança

“Liderança é a habilidade de conduzir pessoas. Para Chavenato¹³, liderança é a influência interpessoal exercida numa situação e dirigida por meio do processo de comunicação à consecução de um ou mais objetivos específicos. A influência é uma força psicológica e envolve o conceito de poder e autoridade.”

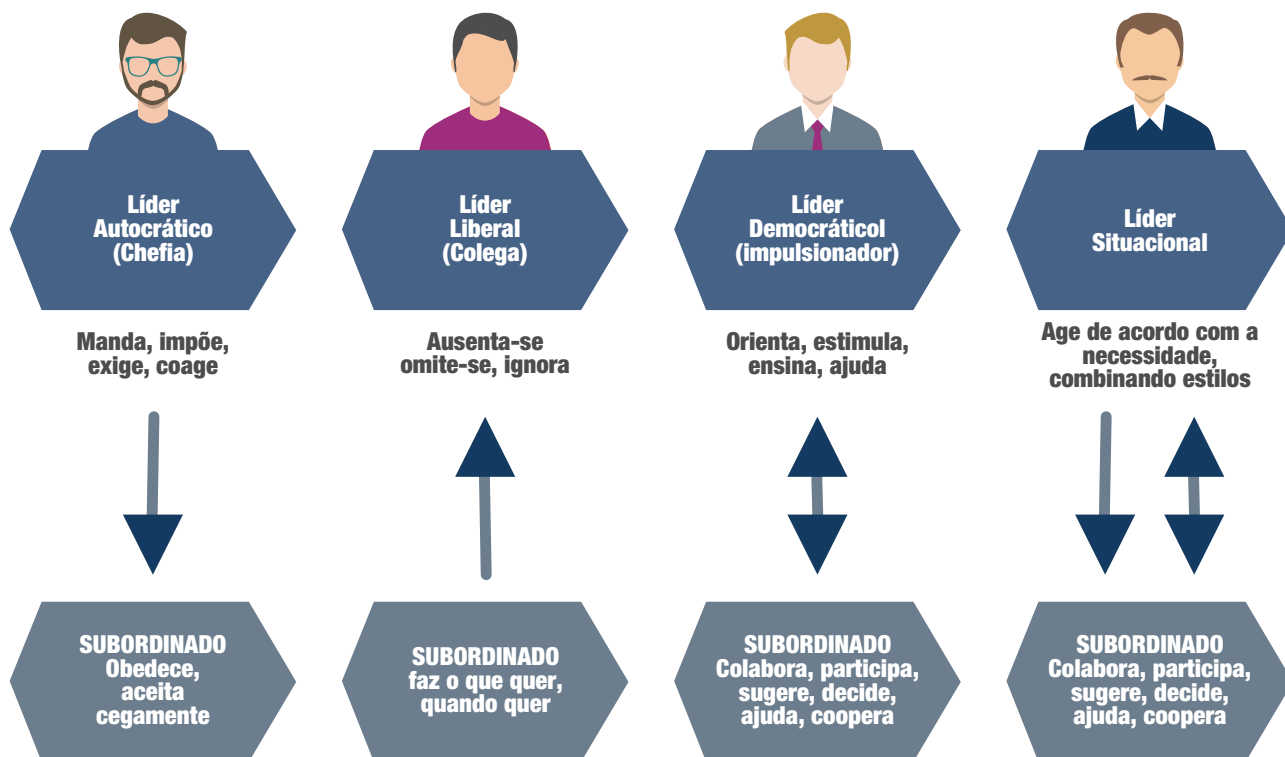
A influência pode ocorrer de várias maneiras:

- **Coação:** forçar a fazer algo, imposição, comando.
- **Pressão:** forçar a aceitação, ameaça, coerção.
- **Persuasão:** prevalecer com conselho ou indução, “mudar a cabeça”.
- **Sugestão:** propor algo sem forçar para a aceitação.
- **Emulação:** imitar para igualar ou ultrapassar.

O líder deve desenvolver um conjunto de habilidades, de modo a motivar as pessoas a atingir seus objetivos no cumprimento da missão do serviço. As principais funções da liderança são:

- Trabalhar com pessoas, valorizando-as;
- Negociar objetivos e metas;
- Motivá-las à ação e obter a sinergia grupal pela integração;
- Prepará-las para delegação de autoridade;
- Avaliar seus desempenhos;
- Reconhecer os resultados alcançados;
- Administrar conflitos;
- Buscar o acordo em relação às verdades comuns.

As maneiras pelas quais o líder orienta a sua conduta no processo de trabalho determina os diferentes estilos de liderança em: liderança autocrática, liderança liberal, liderança democrática e liderança situacional:



QUER SABER MAIS?

Leia: Liderança nas organizações em Administração nos novos tempos de Chiavenato¹³.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

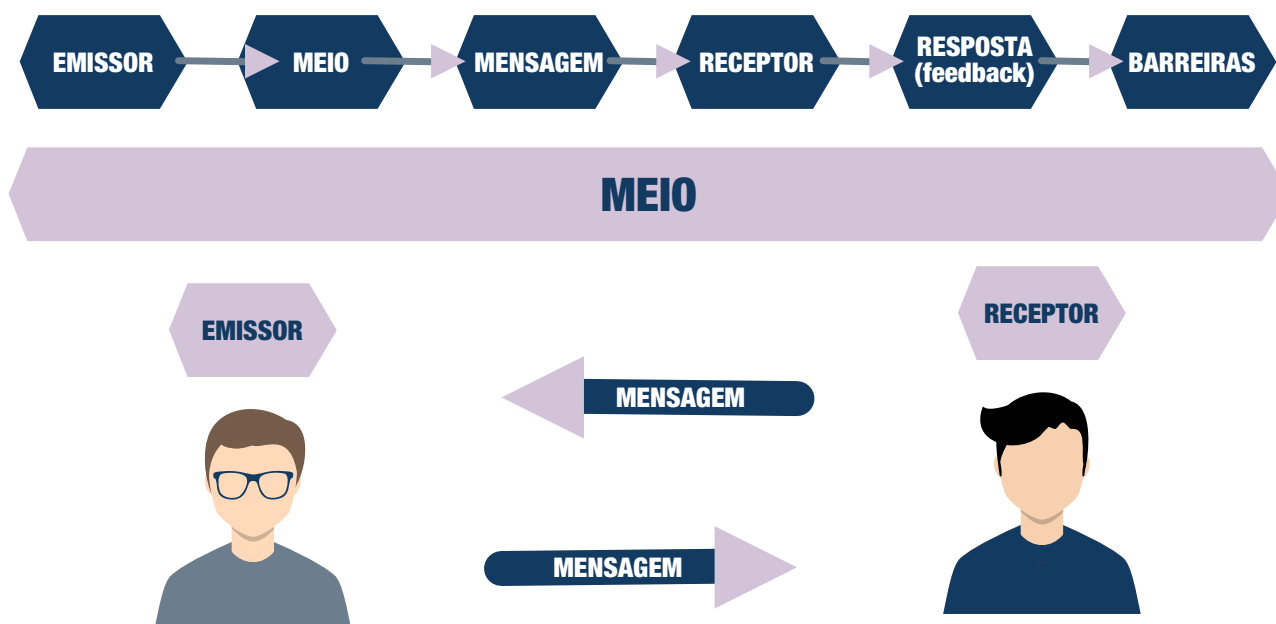
Comunicação

A habilidade de comunicação é fundamental para o gestor/gerente no desenvolvimento das funções administrativas e é essencial para a realização do cuidado ao usuário e promoção da saúde.

A comunicação é um processo no qual ocorre o intercâmbio de informações, ideias, pensamentos e sentimentos. Envolve não apenas a palavra falada, mas também aquela que é transmitida por meio da inflexão, qualidade vocal, expressão facial, postura corporal, entre outros. O objetivo da comunicação é o entendimento, por isso é necessário que o emissor e o receptor assimilem o mesmo significado para a mensagem.

A comunicação é um processo complexo, constituído de vários elementos que devem, ao combinar-se, levar ao entendimento, mas, por outro lado, as possibilidades de enviar ou receber mensagens distorcidas são numerosas.

Acompanhe e veja quais são os elementos da comunicação:



- O meio da mensagem pode ser: visual, verbal, não verbal, escrito, tátil e eletrônico.
- Se o remetente decidir transmitir a mensagem por meio de palavras, ele deverá codificar a mensagem escolhendo aquelas que melhor transmitam o significado pretendido para o receptor.
- Uma vez codificada a informação, o remetente perde o controle da mensagem, porque seu significado vem da decodificação que receptor fará dela.
- Se o receptor responder à mensagem, a resposta servirá de *feedback* para o remetente que, por sua vez, poderá corrigir qualquer mal-entendido.

Exemplos de Barreiras na Comunicação:



FÍSICA

ruídos, distância interpessoal.



FISIOLÓGICA

problemas fonoaudiológicos,
de visão, problemas depressivos,
entre outros



PSICOLÓGICA

atitude (percepção) negativa,
constrangimento.



ADMINISTRATIVA

linguagem utilizada, falta de clareza
nos objetivos, comunicação de
decisão sem contexto ou motivos.

QUER SABER MAIS?

Leia a publicação do Conselho Federal de Farmácia sobre
habilidades de comunicação do farmacêutico²¹.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Síntese da aula

- Nesta aula foi abordado o conceito de Cuidado em Saúde e a sua integração com o Cuidado Farmacêutico, a necessidade de gerenciamento administrativo do serviço de Cuidado Farmacêutico, o planejamento como ferramenta utilizada para o alcance da missão desse serviço, os recursos necessários, e as habilidades essenciais do gestor/gerente para a condução do processo.

Nesta aula, estudamos o conceito de gestão em saúde e as principais funções administrativas, assim como os instrumentos necessários ao processo de gerenciamento do serviço de Cuidado Farmacêutico. Agora, você já conhece os conceitos e compreende a importância das funções administrativas na gerência dos serviços de cuidado farmacêutico.

Dando sequência aos estudos, na próxima aula, trataremos da importância do diagnóstico situacional, e os instrumentos necessários para sua realização, como subsídio ao processo de planejamento do serviço de Cuidado Farmacêutico. Feito isso, você estará apto a analisar o contexto atual do ponto de atenção à saúde em que poderá ocorrer a implantação e integração do serviço de Cuidado Farmacêutico na rede e conhecer conceitos, ferramentas e estratégias para desenvolvimento de um diagnóstico situacional o mais completo possível, identificando barreiras e potencialidades para serem consideradas nas próximas etapas da implantação.

Referências

1. Cecilio LCO. Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando-se as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* [periódico na internet]. Abr./jun. 2011 [acesso em 4 fev. 2019];15(37):589-599. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>.
2. Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJ et al., organizadores. *Educação, Saúde e Gestão*. Rio de Janeiro: ABEM; São Paulo: Hucitec; 2011. p. 99-113.
3. Grabois V. Gestão do Cuidado. In: Oliveira RG, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 153-190
4. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 4 fev. 2019];9(4):897-908. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
6. Xin C, Xia Z, Jiang C, Lin M, Li G. Effect of pharmaceutical care on medication adherence of patients newly prescribed insulin therapy: a randomized controlled study. *Patient Prefer Adherence*. 2015 Jun 18;9:797-802. DOI: 10.2147/PPA.S84411.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 4: Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
8. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun;377(9781):1949-61. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

9. Duncan BB, Stevens A, Iser BPM, Malta DC, Silva GA, Schmidt MI. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 4 fev. 2019]. p. 117-134. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf.
10. Nicoline CB, Vieira RCPA. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. Interface (Botucatu) [periódico na internet]. Dez 2011 [acesso em 4 fev. 2019];15(39). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2011nahead/aop2311.pdf>.
11. Marin N., organizador. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
12. Leite SN, organizador. Gestão da Assistência Farmacêutica. Florianópolis: Ed. UFSC; 2016.
13. Chiavenato I. Administração nos novos tempos: os novos horizontes em administração. 3ª ed. Barueri: Ed. Manole; 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 3: Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
16. Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. 5ª ed. Barueri: Ed. Manole; 2014.
17. Lacerda JT, Veber AP, Colussi CF, Barreto JL, Calvo MCM, Planejamento em Saúde. In: Leite SN, organizador. Gestão da Assistência Farmacêutica. Florianópolis: Ed. UFSC; 2016.
18. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em Saúde. Volume 2. Série Saúde e Cidadania. São Paulo: IDS/USP; 1998.



Material complementar



Gondim SMG, Silva N. Motivação no trabalho. In: Zanelli JC, Borges-Andrade JE, Bastos AVB, organizadores. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. 2º Ed. Porto Alegre: Artmed; 2014, p.173-202.

Conselho Federal de Farmácia. Habilidades de comunicação do farmacêutico. Unidade 2, módulo 2 [curso online]: Prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados. Brasília: CFF; 2015.



Anexos

Anexo 1 – Levantamento de problemas

	Objetivo:	Levantamento de problemas
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Fonte: elaboração própria

Anexo 2 – Priorização de problemas

Matriz de Priorização dos problemas (dar nota de 0 a 4 para cada critério)						
Problema	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Urgência	Factibilidade	Total de pontos

Fonte: Leite¹¹.

Anexo 3 – Estratégia de ação

Gerente:			Objetivo:			
Problema	Causas	Ação	Responsável	Atores envolvidos	Prazo	Resultado

Fonte: Adaptado de Marin¹⁰

Aula 11 – Diagnóstico situacional dos serviços farmacêuticos

Rangel Ray Godoy
Thaís Teles de Souza

Ementa da aula

Esta aula aborda a importância do diagnóstico situacional, e os instrumentos necessários para sua realização, como subsídio ao processo de planejamento do serviço de Cuidado Farmacêutico.



Objetivo de aprendizagem

Analisar o contexto atual do ponto de atenção à saúde em que poderá ocorrer a implantação e integração do serviço de Cuidado Farmacêutico na rede. Conhecer conceitos, ferramentas e estratégias para desenvolvimento de um diagnóstico situacional o mais completo possível, identificando barreiras e potencialidades para serem consideradas nas próximas etapas da implantação.



Introdução

Reconhecer a relevância do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica é uma etapa muito importante. Você já deve ter percebido que há uma lacuna considerável de cuidado ao paciente quando o farmacêutico se mantém restrito a atividades logísticas e afastado do usuário. Mas e depois? Como implantar esse Cuidado Farmacêutico dentro de uma unidade de saúde? Quais as etapas? Por onde começar? Quantas incógnitas, quantos desafios!

A tarefa de implantar o Cuidado Farmacêutico deriva de um esforço organizado, iterativo, orientado e sequencial. Nesta aula, o diagnóstico situacional será apresentado e discutido como uma das etapas necessárias ao sucesso dessa implantação/ampliação.

Sabemos que o Cuidado Farmacêutico não é apenas um serviço, sendo mais complexo que isso. Trata-se de uma série de ações compostas por numerosos elementos de cunho clínico-assistencial e técnico-pedagógico realizadas pelo farmacêutico em atividades privativas ou compartilhadas, no sentido de qualificar a atenção integral aos usuários. Apesar da complexidade do conceito, é importante delimitar e sistematizar etapas para sua implantação e sustentação.

Desenvolver um diagnóstico situacional nesse contexto significa identificar elementos importantes que subsidiam a incorporação ou ampliação do Cuidado Farmacêutico nos equipamentos de saúde. Aqui iremos propor ferramentas e instrumentos que orientam a realização de um diagnóstico situacional de modo global. No entanto, não se esqueça de que lhe caberá propor um certo direcionamento em cada etapa do diagnóstico, visando focar em especificidades exigidas para implantação do cuidado de acordo com a sua realidade.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

- Perfil demográfico e epidemiológico da população;
- Potencialidades e vulnerabilidades;
- Demanda e necessidades de saúde;
- Perfil do farmacêutico;
- Processos de trabalho e mapeamento dos serviços;
- Potencialidades e deficiências estruturais;
- Comunicação interprofissional;
- Expectativas do profissional, da equipe e dos usuários;
- Perfil demográfico da população.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Observe alguns exemplos ilustrativos e que são pontos nevrálgicos a serem trabalhados, eles podem orientar seu pensamento durante esse processo e são baseados em experiências exitosas de implantação.



Recursos humanos – O farmacêutico da unidade desenvolve diversas atividades ligadas à área logística. O diagnóstico situacional também busca realizar um mapeamento dessas atividades. Muitas vezes, para ser possível implantar o Cuidado Farmacêutico, faz-se necessário delegar tarefas mais simples da área logística para funcionários de nível técnico que já trabalham na unidade. Dica: a identificação desses funcionários e a possibilidade de realocação de suas atividades é outra tarefa importante para viabilizar a implantação do cuidado quando não há possibilidade de contratação de mais farmacêuticos.



Infraestrutura – No Cuidado Farmacêutico são realizadas consultas clínicas, portanto é necessário identificar a disponibilidade de consultórios para atendimento. Dica: muitos consultórios utilizados por outros profissionais estar ociosos em alguns horários nos quais seriam aproveitados para atendimento farmacêutico, propiciando assim o rodízio dos consultórios e otimizando a estrutura já existente.



Qualidade da integração da equipe – O trabalho do cuidado é sistêmico e integrado. Identificar as ferramentas que possibilitam o compartilhamento de informações entre os profissionais na unidade e a eficiência destas, bem como o quanto o farmacêutico as utiliza ou as conhece é uma ação importante nesta etapa. Dica: verifique se há sistemas de informação sobre pacientes e de comunicação entre a equipe, bem como um prontuário clínico informatizado. O farmacêutico tem acesso a esses sistemas?



Perfil socioepidemiológico – Conhecer o perfil epidemiológico é importante para toda a estrutura de cuidado. Lembre-se de que, no caso do Cuidado Farmacêutico, a informação relacionada ao uso de medicamentos (quantidade e qualidade) é muito cara. O número de pacientes polimedicados, a taxa de efetividade dos tratamentos e a taxa de danos relacionados ao uso de medicamentos são elementos que orientam especificamente as próximas etapas da implantação do cuidado.



As ferramentas e métodos que serão apresentados no decorrer desta aula deverão orientar sequencialmente o raciocínio do diagnóstico situacional. Estes podem ser utilizados em qualquer tipo de serviço, desde uma padaria até uma unidade de saúde. Evidentemente, as estratégias para realizar o diagnóstico situacional não se esgotam neste material e, a depender das especificidades existentes na instituição, é possível adaptar ou acrescentar métodos que tornem o resultado o mais verossímil possível.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

O diagnóstico situacional é parte do processo de gestão de serviços. As principais referências que orientaram a escolha dos métodos para a realização dessa etapa advêm das políticas de saúde, de relatos de experiências prévias e do *design/thinking* de serviços.

No design de serviços, o diagnóstico situacional é a etapa inicial proposta por essa abordagem, a qual é comumente chamada de mapeamento. As ferramentas do design apresentadas nesta aula poderão ser de grande valia para organizar as atividades de implantação.

Para organizar o planejamento desta etapa, recomendamos que o processo de reconhecimento da realidade transcorra do nível macro (reconhecimento do território e organização dos serviços) ao micro (perfil dos profissionais envolvidos e práticas profissionais). São por esses caminhos que daremos os próximos passos neste módulo.

Diagnóstico situacional – reconhecendo barreiras e potencialidades para implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

A partir do momento em que se assume a importância e a necessidade da diversificação das atividades da assistência farmacêutica, trazendo-se o foco para o Cuidado Farmacêutico, é necessário exercitar uma reflexão sistematizada sobre o contexto no qual se buscará implantar o Cuidado Farmacêutico. Da mesma maneira que um agricultor, antes de plantar, busca reconhecer elementos como a qualidade do solo, o tamanho da propriedade, as condições climáticas, entre outras variáveis, uma equipe que busca implantar ou qualificar um determinado serviço deve avaliar as características e variáveis do ambiente onde esse serviço ou conjunto de serviços será implantado ou já ocorre.

Apesar de o Cuidado Farmacêutico não ser apenas um serviço, e sim um conjunto de práticas de cuidado centrado no paciente integrado com a equipe, buscamos a institucionalização dessa prática, que se apresenta para a instituição na forma de um serviço inserido em um contexto integrado de diferentes tipos de atividades.

Desenhar e implantar um serviço é um processo de cocriação centrado nas pessoas. É preciso considerar que interfaces humanas (profissionais, técnicos, gestores e usuário) e não humanas (máquinas, sistemas de informação, instrumentos de trabalho, etc.) devem estar envolvidos no processo de planejamento de um serviço.

O diagnóstico situacional é uma abordagem exploratória que é, ao mesmo tempo, uma ferramenta de gestão e a primeira etapa descrita pelo *design* de serviços.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Antes de se desenhar um novo tipo de atividade e promover uma mudança de fluxos e processos dentro da instituição, é necessário estar informado e consciente das necessidades do usuário, dos serviços já existentes, de como estes se comunicam, da disponibilidade de recursos humanos, da disponibilidade de infraestrutura e de como ocorre a dinâmica da instituição de forma sistêmica e holística. A utilização de métodos específicos deve tornar o processo mais rigoroso e produzir um material mais fidedigno e útil.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

A execução de uma investigação in loco para a apreensão da realidade do ponto de atenção permite perceber potencialidades e desafios. As transformações que proporcionarão o surgimento de um novo serviço deverão ser planejadas contemplando a integração da equipe. Um novo serviço pode exigir utilização de estrutura física, realocação de pessoal, diversificação de tarefas, remodelamento de fluxos, suporte de informação e materiais, entre outros. Assim, o melhor aproveitamento dos espaços e recursos deriva de uma efetiva análise situacional.

ATENÇÃO?

É de suma importância que todos os envolvidos compreendam a política, o compromisso, a dinâmica, a estrutura e a cultura da instituição na qual estão inseridos.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Por isso, neste módulo discutiremos conceitos e estratégias para a elaboração de uma sondagem rigorosa orientada por métodos interdisciplinares quantitativos e qualitativos que produzam como resultado informações a respeito do território de saúde, dos processos de trabalho, dos tipos e fluxos dos serviços, do nível de integração entre a equipe, da disponibilidade de estrutura e material, além de opiniões, sugestões e críticas dos profissionais, pacientes e do próprio farmacêutico, considerando a expectativa de se implantar/qualificar um serviço de Cuidado Farmacêutico.

LEIA UM POUCO MAIS!

Cuidado farmacêutico
na atenção básica

- Caderno 3. Disponível em:
[http://bvsms.saude.gov.br/
bvs/publicacoes/cuidado_
farmaceutico_atencao_basica_
saude_3.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmacutico_atencao_basica_saude_3.pdf)



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Territorialização

Considerando-se que o contexto institucional em que o Cuidado Farmacêutico será desenvolvido é o da Atenção Básica e que o foco desse cuidado é o usuário, não podemos nos limitar a conhecer apenas o espaço da unidade de saúde, mas sim compreender de maneira mais global o território de saúde onde a equipe planejará e desenvolverá suas atividades.

Território: o que é? como seu reconhecimento pode ajudar na implantação do cuidado?

O território é um conceito que considera o espaço como construção social envolvendo indivíduos, ambiente e infraestrutura. Está ligado ao modo como as pessoas organizam-se no espaço, estabelecem relações e dão significado ao lugar. Quando associado aos referenciais de saúde, agrega elementos de ordem sanitária que auxiliam na identificação de fatores de risco e vulnerabilidade.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

A determinação do território de saúde compreende a identificação de objetos e fluxos que, historicamente, determinam realidades sanitárias. Aponta, também, as demandas e necessidades em saúde e, conseqüentemente, auxilia no desenvolvimento de estratégias pela Atenção Básica de prevenção de doenças e agravos, promoção e recuperação da saúde. A territorialização é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS)². Esta será a primeira ferramenta a orientar o processo de diagnóstico situacional no caso da Atenção Básica³.

“A apreensão do território é o ponto de partida para o entendimento contextualizado do processo saúde-doença em que o serviço de cuidado será implantado, assim como do âmbito de sua responsabilidade sanitária. Cada território terá particularidades em relação ao perfil epidemiológico, demográfico, às características econômicas, sociais, culturais e ambientais. A apropriação dessas características possibilita um delineamento mais adequado do serviço a partir do desenvolvimento de estratégias para uma melhor atuação do farmacêutico no cuidado integrado com a equipe e com a rede de atenção como um todo⁴.”

TERRITÓRIO → Demandas, problemas, oportunidades → PRÁTICAS E AÇÕES

Vale lembrar que o farmacêutico que desenvolve o cuidado, além de realizar consultas na unidade de saúde, pode atuar em atendimentos domiciliares e atividades coletivas de educação em saúde que compõem a equipe da Atenção Básica, cooperando para integralidade do cuidado, a equidade da atenção e para a promoção do uso racional de medicamentos. Caracterizar o ambiente e a população desse território, elencando, por exemplo, as principais patologias e o perfil de utilização de medicamentos, pode contribuir para orientar e priorizar atividades que serão desenvolvidas pelo cuidado com o paciente, a família e a comunidade⁵.

Que tipos de informação são obtidos na territorialização?

A estratégia para obter um panorama do território deve considerar a execução de um reconhecimento do espaço que contenha identificação do território geográfico, condições ambientais, condições de moradia, recursos sociais, ações desenvolvidas no espaço, atores políticos, caracterização da população, análise de acesso a serviços de saúde e análise de demanda atendida/demanda potencial⁶.

É importante estar atento a elementos como fontes de contaminação (indústrias, depósitos de lixo, entre outros) e áreas degradadas desse ambiente (rios contaminados, esgoto a céu aberto, etc.) para identificação das condições geográficas e ambientais. Em relação às condições de moradia e recursos, torna-se necessário identificar áreas rurais e/ou urbanas, áreas de risco, favelas, etc., bem como os espaços sociais que estruturam o território, como igrejas, escolas, serviços de saúde, entre outros. Em relação às características da população, é necessário identificar a distribuição desta no espaço, seus hábitos, comportamentos, fontes de comunicação, taxa de crescimento populacional, idade, renda e sexo.

A investigação do perfil epidemiológico deve apontar quais são as doenças e causas de óbito mais comuns, a ocorrência de acidentes, os índices de violência, etc. Adicionalmente, pode-se investigar temas relacionados à utilização de medicamentos, como perfil de uso de fármacos, problemas relacionados com seu uso irracional, entre outros⁷. Sugere-se a construção de um mapa que permita a identificação de áreas que apresentam fatores de risco e áreas estratégicas para atuação da equipe de saúde.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Como pode ser realizado o estudo do território?

A territorialização é parte do processo exploratório que busca identificar, descobrir, descrever e entender uma realidade a partir de uma avaliação sistêmica. Portanto, para desenvolver o processo de avaliação do território, é preciso estimular o envolvimento de toda a equipe de saúde⁸.

O reconhecimento inicial do território pode ser realizado por meio da observação do ambiente em caminhadas ou saídas com veículos (carros, bicicleta, etc.), e seu registro pode ser feito em documentação fotográfica ou escrita.

O conceito de território caminha do político (dimensão material) para o cultural (dimensão simbólica).

É possível utilizar o auxílio de GPS para marcar pontos de interesse, bem como utilizar aplicativos livres de mapas, como o Google Maps, para localizar os espaços. Da mesma forma, pode-se obter mapas físicos em secretarias municipais (secretarias de habitação, planejamento, esgoto, saúde, etc.). Pode-se somar a esse material dados de censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). É interessante compilar as informações para posterior apresentação para a equipe.



Outras estratégias que podem ser desenvolvidas concomitantemente à anterior são a realização de diálogos e entrevistas semiestruturadas com moradores e a promoção de reuniões com lideranças de bairro, associações, diretores de escolas, comerciantes, etc. Lembre-se de que o foco da implantação do cuidado é o usuário. É interessante, mas não imprescindível, que as entrevistas sejam gravadas e trechos relevantes transcritos e compilados para apresentação à equipe.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

“A apreensão do território é o ponto de partida para o entendimento contextualizado do processo saúde-doença em que o serviço de cuidado será implantado, assim como do âmbito de sua responsabilidade sanitária. Cada território terá particularidades em relação ao perfil epidemiológico, demográfico, às características econômicas, sociais, culturais e ambientais. A apropriação dessas características possibilita um delineamento mais adequado do serviço a partir do desenvolvimento de estratégias para uma melhor atuação do farmacêutico no cuidado integrado com a equipe e com a rede de atenção como um todo⁴.”

Os sistemas de informação em saúde são fontes importantes de dados sobre o território. SINAM, SIM, SIAB e SIH são exemplos de sistemas que podem ser acessados para levantamento de dados.

Vale ressaltar aqui o Projeto Saúde do Território (PST) enquanto ferramenta que orienta ações no território com foco na articulação entre diferentes serviços de saúde, com o objetivo de identificar áreas/populações em condição de risco ou vulnerabilidade. Para essa identificação, o projeto sugere a consolidação do entendimento aprofundado da situação para justificar intervenções prioritárias, compreender o processo histórico social, definir objetivos e estabelecer ações em conjunto com outras instituições comprometidas com o projeto. O PST propõe ações vinculadas à clínica ampliada, à vigilância e à promoção de saúde, configurando-se como ferramenta tecnológica importante que pode ser incorporada às atividades do farmacêutico⁹.

O reconhecimento do território é importante por ser o objeto principal dos serviços que compõem a instituição, ultrapassando os limites simbólicos do ponto de atenção – está fora dele e dentro dele. Permite reconhecer o público-alvo de um serviço de modo integral e sistêmico e orienta o desenho racional e estratégico do serviço. No contexto das redes de atenção à saúde, e de acordo com a política de Atenção Básica, a unidade básica de saúde não deveria se restringir a seu microcosmo institucional, mas desenvolver capilaridade e penetração no território. Com base nessa premissa e nos valores que dela derivam é que o nascente serviço de Cuidado Farmacêutico deve se ancorar³.

Equipes que compõem a estratégia saúde da família, bem como equipes de agentes comunitários de saúde, têm uma maior inserção no território e podem fornecer importantes informações nesta etapa de investigação.

Fonte: “Imagens - Freepik ©”



Ferramentas exploratórias propostas pelo design de serviços

Assumindo-se o reconhecimento do território enquanto tarefa inicial, mas também longitudinal e dinâmica, o próximo passo é o reconhecimento do contexto em que o Cuidado Farmacêutico será implantado. Buscaremos um entendimento dos mecanismos, processos, atores, fluxos de trabalho e estrutura da instituição (UBS, CAPS, UPA, etc.).

Você será apresentado a um conjunto de ferramentas que buscam orientar o diagnóstico situacional da unidade de saúde. Essas ferramentas são sugeridas pelos teóricos do design de serviços na etapa que esse referencial denomina de mapeamento e que, em nosso caso, complementa e integra o diagnóstico situacional.

Reconhecendo a lógica do design de serviços e de que maneira ela poderá organizar o processo de implantação do cuidado.

Seguiremos uma abordagem sugerida por Stickdorn e Schneider para orientar a implantação do Cuidado Farmacêutico. Os autores propõem o desenvolvimento de um processo iterativo em que o diagnóstico situacional é a manifestação de uma etapa exploratória denominada mapeamento¹⁰. Cinco princípios básicos norteiam o design e a implantação de um serviço.



Centrado no paciente – É necessário conhecer e entender a experiência do paciente com o serviço e, por isso, a importância de sua participação no desenvolvimento e na finalização do serviço.



Cocriativo – A modificação ou criação de um serviço precisa envolver o paciente, mas também a equipe de saúde e os gestores, ouvindo e articulando ideias, organizadas num processo chamado de Cocriação. Quanto maior o envolvimento de todos, maior a fidelização e participação da equipe no desenvolvimento dos serviços.



Sequencial – Os serviços são processos dinâmicos que ocorrem ao longo de um determinado período e que devem ser organizados em etapas para facilitar o processo de avaliação e qualificação. Ex.: pré-serviço (recepção do paciente), prestação do serviço (consulta farmacêutica) e pós-serviço (retorno, monitoramento, etc.).



Evidente – As evidências do serviço podem prolongar as experiências vivenciadas neste para o período do pós-serviço, aumentando a fidelização do paciente. Ex.: utilização de tabelas e pictogramas para orientar o uso de medicamentos. Observamos aqui, ainda, uma evidência intangível importante: o acolhimento, que contribui de forma importante para a satisfação do paciente com o serviço.



Holístico – A visão holística no design de serviço trata do espaço onde este será realizado, considerando o ambiente, a estrutura organizacional como um todo, o serviço no itinerário do paciente, suas expectativas e necessidades. É necessário trabalhar com uma visão sistêmica, atendendo os princípios e diretrizes do SUS, além de cultura, valores, compreensão dos fatores que condicionam o comportamento do paciente naquele serviço. Ademais, deve-se procurar pela negociação com os saberes e prática populares em saúde.

Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Todo o processo de modelagem do Cuidado Farmacêutico poderá ser pautado pelas ferramentas do design que foram adaptadas para favorecer a implantação de serviços de cuidado farmacêutico. As ações exigidas para a o sucesso da implantação de um serviço são mapear, conceituar, desenhar, refletir e implantar. Desde o mapeamento até a implantação, cada etapa possui métodos e ferramentas específicos que orientam a execução desses processos (Figura 5).

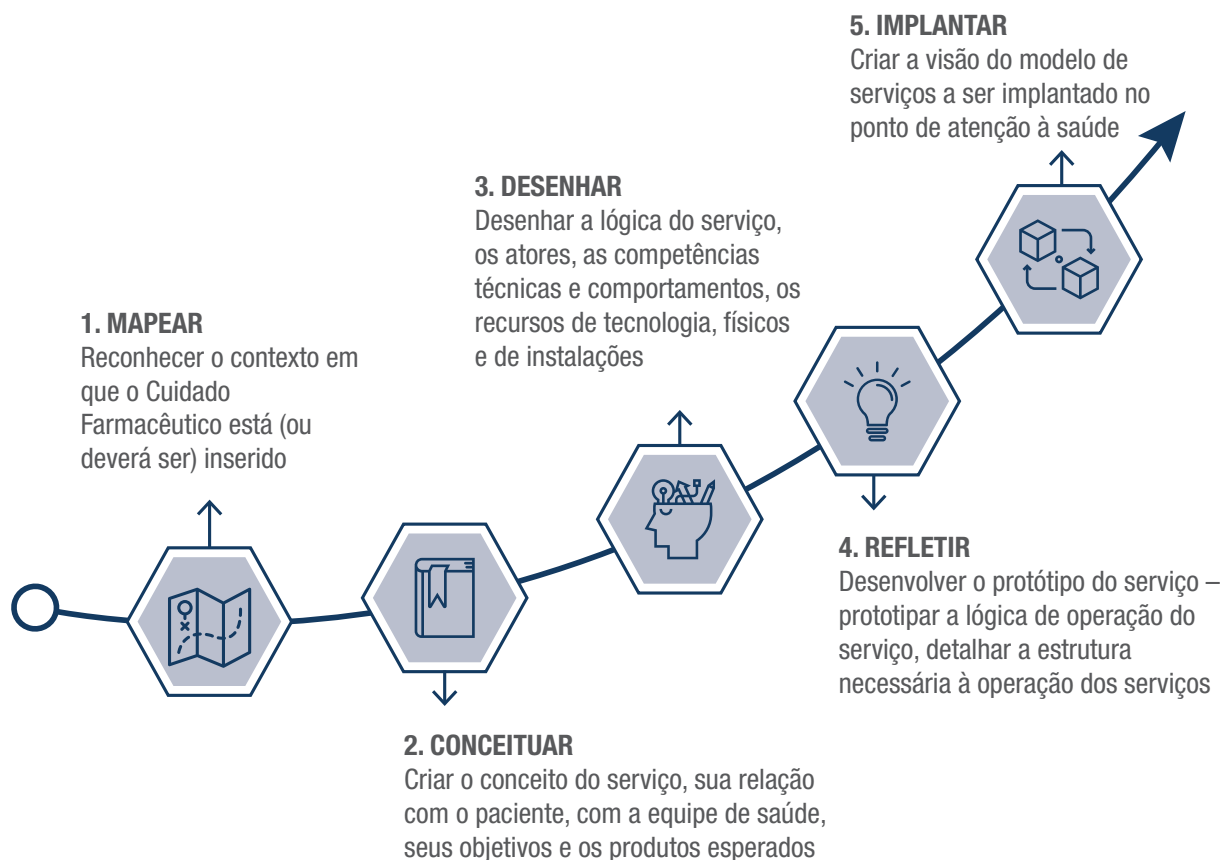


Figura 5. Etapas para modelagem dos Cuidado Farmacêutico / Fonte: Adaptado de Stickdorn e Schneider¹⁰. / Fonte: “Imagens - Freepik ©”

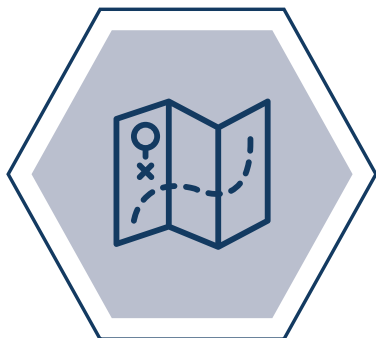
O mapeamento e suas ferramentas

A etapa 1 (mapear) é um processo sistêmico e considera a instituição inserida em um contexto dinâmico e interativo. Utiliza uma série de métodos para reconhecer o ambiente em sua totalidade, explorar comportamentos e opiniões das pessoas envolvidas, identificar conflitos e problemas de ordem interacional ou estrutural.

Nesta etapa, é necessário um esforço no sentido de transformar uma série de particularidades da realidade observável em relatórios textuais e pictóricos, passíveis de análise e fomentadores de debates. A função desses relatórios não é apontar soluções imediatas, mas construir um panorama para identificar pontos problemáticos e explicitar potencialidades e oportunidades.

“ Métodos oriundos da etnografia podem ser muito úteis nesta etapa. ”

Especificamente para desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico, podemos resumir o processo de exploração em alguns tópicos:



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

- reconhecer o contexto em que o serviço de Cuidado Farmacêutico está (ou deverá ser) inserido;
- entender as responsabilidades e atribuições desse ponto de atenção nas redes de atenção e no itinerário do usuário;
- observar o processo de trabalho, a estrutura e os recursos disponíveis em cada ponto de atenção à saúde;
- realizar visitas etnográficas e de mapeamento;
- entrevistar farmacêuticos, usuários e gestores;
- identificar, prevenir e resolver problemas para o desenvolvimento dos serviços de Cuidado Farmacêutico.

A operacionalização dessas etapas deverá ser orientada por métodos específicos, que gerem resultados confiáveis. É comum a utilização de referenciais derivados das ciências sociais para acessar e compreender as opiniões, atitudes, interações e representações dos indivíduos¹¹.

A seguir apresentaremos uma série de ferramentas exploratórias descritas por Stickdorn e Schneider que podem operacionalizar a etapa de mapeamento e complementar o diagnóstico situacional para implantação do cuidado na Atenção Básica¹⁰.

Mapa das partes envolvidas

Trata-se da elaboração de uma representação visual dos diversos componentes que influenciam o funcionamento de uma instituição ou serviço. Devem estar representados os participantes internos e diretos, tais como trabalhadores, usuários e gestores, mas também participantes externos, tais como órgão reguladores, sindicatos, mídia, governo, etc. Com a definição dos atores, é possível analisar os tipos de atividades, a influência, a relação de poder e o nível de comunicação entre eles (Figura 6).

É importante listar necessidades, interesses, motivações, funções e itinerários. O mapa deve ser visualmente atraente, permitindo-se identificar problemas ou potencialidades facilmente. Podem ser realizadas entrevistas com os diversos atores para complementar e enriquecer as informações do mapa¹².

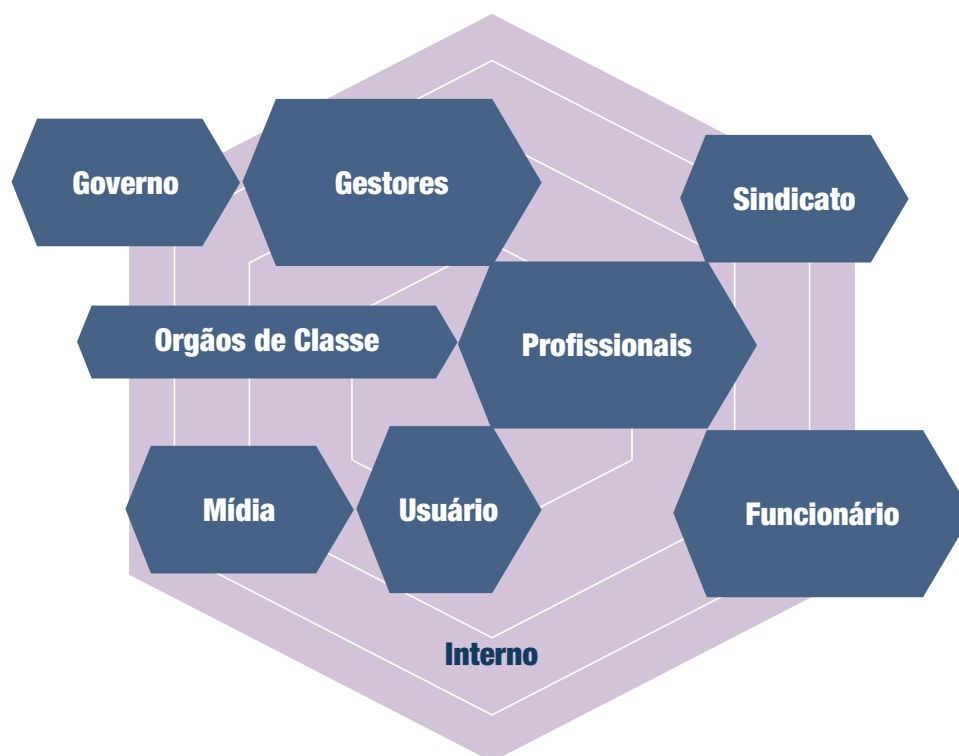


Figura 6. Exemplo simplificado de um mapa das partes envolvidas. Cada círculo desse mapa pode ser aprofundado com dados de pesquisa interna
Fonte: Elaboração própria.

Aqui poderemos aproveitar para apontar quais são as atividades realizadas dentro da farmácia, o número de funcionários técnicos disponíveis, o nível de interação do farmacêutico com o usuário e com outros profissionais e as possibilidades para transferência de atividades do farmacêutico. Lembre-se de que existem vários tipos de representações para esse mapa e você pode adaptar essa representação para um modelo que exponha melhor os atores da instituição e suas relações.

Mapa da jornada do usuário

A construção de um mapa de jornada do usuário proporciona uma visualização estruturada do trajeto e da experiência do usuário na instituição. Tal ferramenta objetiva identificar os pontos de contato entre usuário e equipe, assim como a qualidade das interações desenvolvidas em todo o processo.

Para realizar esse tipo de atividade, deve-se identificar a sequência de contato do paciente a partir do momento em que ele entra na unidade. Essa jornada é construída como uma narrativa cronológica que relata a trajetória e a experiência do paciente nos serviços (p. ex., acolhimento, busca de informação, encaminhamento, espera, atendimento profissional, aquisição de produto, saída). Essa narrativa deve detalhar também os pontos de contato estruturais, tecnológicos ou virtuais, caso existam, como painel de senha, acessos remotos a serviços, estrutura da recepção e sala de espera, etc. Identificados os pontos de contato, é importante conectar esses pontos e construir uma representação visual dessa narrativa, possibilitando uma análise rápida e a identificação de problemas ou possibilidades de melhoria ou inovação (Figura 7).

Pontos em que se nota gênese de conflitos ou estresse, bem como outros sentimentos e reações, também devem ser apontados. Alguns pontos de contato podem ser aprofundados e discutidos. Nesse caso, aprofundar a análise da interação do paciente com o farmacêutico pode trazer insights para o processo de implantação do cuidado.

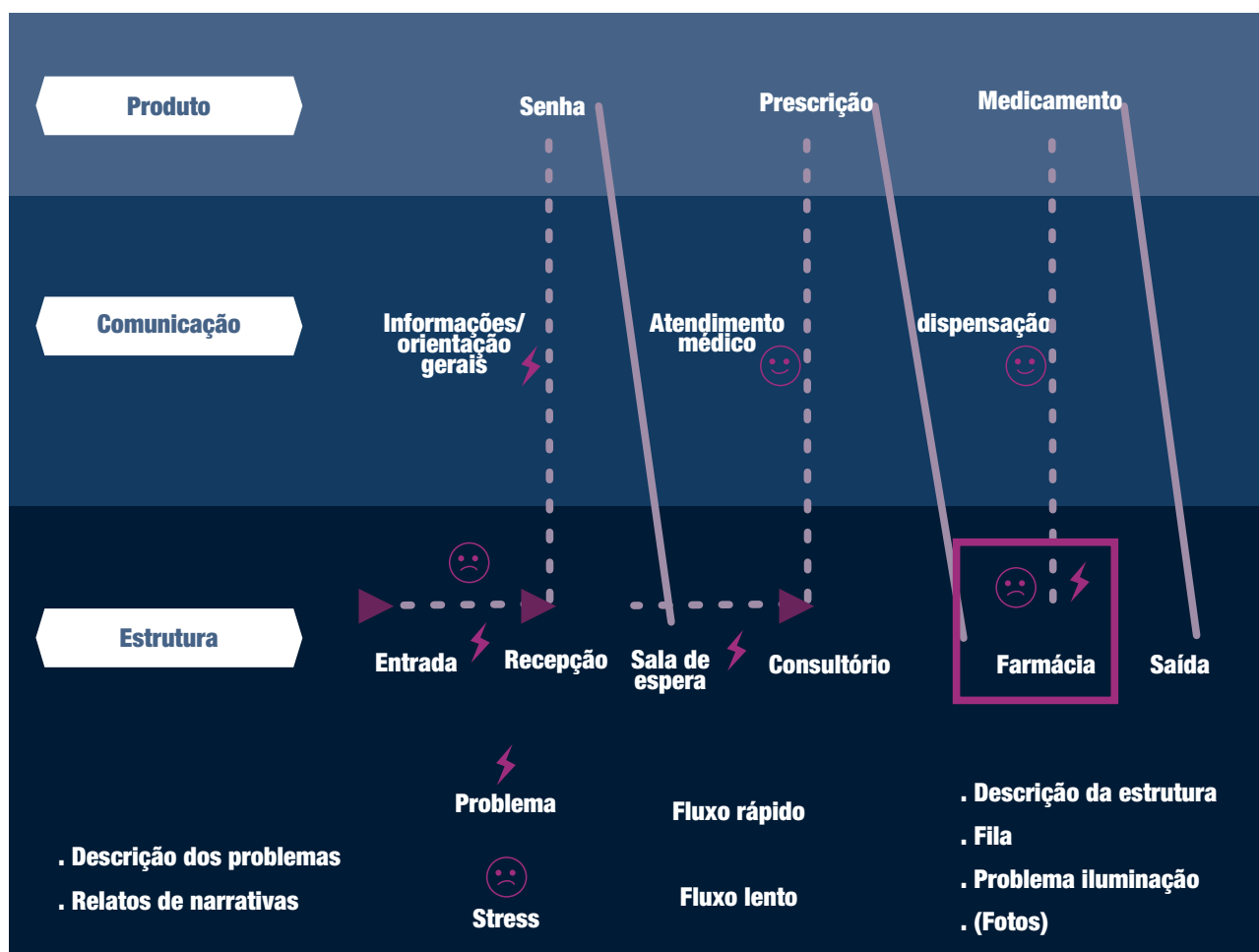


Figura 7. Esboço de um mapa de jornada do usuário
Fonte: Elaboração própria.

Em resumo, a ideia é proporcionar aos trabalhadores da unidade uma reflexão sobre como acontece a experiência do usuário dentro dos vários serviços, através de uma linguagem visual de rápida apreensão. Entrevistas narrativas são uma boa ferramenta para enriquecer o mapa da jornada do usuário, pois explicam como aconteceu a experiência, os pontos fracos e fortes do trajeto, as circunstâncias, as motivações, etc.

Outros métodos sugeridos pelo *design* de serviços na etapa de mapeamento

O **safári de serviços** permite que pessoas convidadas vivenciem a experiência de inserir-se em diferentes serviços no contexto real em que estes acontecem. Esse método busca proporcionar uma experiência esclarecedora para aquele que vivencia o safári. Por isso, é importante que o visitante possa registrar suas experiências por meio de gravação (áudio ou vídeo), ou mesmo de anotações. O safári também permite ao visitante compreender a experiência do usuário, vivenciado conflitos e problemas que ele enfrenta diariamente.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

O **shadowing** também se trata de uma espécie de imersão nos serviços, porém é realizada pelo pesquisador ou por um membro da equipe de desenvolvimento. Trata-se de um método observacional em que o observador se mantém atento a comportamentos, experiências, conflitos, etc. A ideia aqui é que o observador mantenha um afastamento, documentando seus achados através de anotações, vídeos ou fotografias.

Os gatilhos para geração de uma discussão mais aprofundada.

As **entrevistas contextuais** visam gerar uma compreensão sobre o que as pessoas pensam a respeito dos serviços de saúde que desenvolvem, que recebem ou nos quais estão inseridas, acontecendo no local onde os processos do serviço ocorrem. Se for entrevistar um farmacêutico, o ideal é que essa entrevista seja dentro da farmácia, um paciente, que seja dentro da sua casa, um gestor, dentro do seu escritório. Ou seja, as pessoas são estimuladas a falar de ideias e comportamentos dentro do ambiente que lhes é familiar¹⁴.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

“A entrevista deve ser documentada por meio de áudio ou vídeo e também podem ser realizadas fotografias do entrevistado em seu ambiente de trabalho ou em casa¹⁵.”

Os **cinco porquês** são uma ferramenta interrogativa iterativa simples e rápida para investigar com maior profundidade as relações de causa e efeito relativas a algum problema específico do sistema. Essa ferramenta consiste em utilizar uma corrente de perguntas cujos elos estão relacionados com as respostas oferecidas. A ideia dos cinco porquês não é confrontar ou culpabilizar pessoas, mas descobrir as causas que levam ao problema inicial¹⁰.

A construção de um **mapa de expectativas** permite compreender, no contexto real do serviço, o que o usuário espera do atendimento que está recebendo ou vai receber. Está-se prestando um serviço de qualidade? Em quais aspectos se pode melhorar? As expectativas do usuário podem complementar um diagnóstico de problemas que exigem intervenção e das quais muitas vezes nem mesmo os funcionários têm consciência, seja da sua existência ou da sua dimensão. Nessa ferramenta, o usuário pode ser estimulado a propor melhorias¹⁰.

Um dia na vida é um método que busca a compreensão do usuário, revelando um pouco mais sobre seus comportamentos, necessidades, cultura e sobre o seu cotidiano. É uma estratégia simples que requer que o participante descreva passo a passo suas atividades diárias¹⁰. É eficaz pedir para que ele narre um dia típico que aconteceu na última semana, por exemplo. O objetivo é ter uma visão holística e contextual dos comportamentos, pensamentos, problemas e soluções cotidianos dos pacientes na vida real.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Personas são perfis fictícios e anedóticos desenvolvidos pela equipe de implantação. Esses perfis devem ser elaborados com base na compilação de evidências coletadas nas etapas anteriores. Apesar de serem fictícias, as personas carregam características reais. São estereótipos preenchidos com sentimentos, expectativas, comportamentos, ideias, necessidades de usuários reais ou potenciais. A construção da persona ocorrerá por meio de workshops com a equipe de desenvolvimento e gestores. A função mais importante da persona é dar vida a uma série de dados estatísticos e qualitativos que são incorporados e representados de maneira pictórica, teatral ou narrativa.

Uma persona possui idade, sexo, gosto, objetivos pessoais, vive em um lugar, possui hobbies, personalidade e expectativas em relação à vida e ao serviço. Não se esqueça disso.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Os métodos apresentados acima auxiliam no estabelecimento de um diagnóstico situacional. Além disso, orientam a reunião de informações a respeito de atores, estrutura, fluxos, dinâmica de trabalho, comportamentos, expectativas, experiências, problemas e conflitos existentes na realidade da instituição. Ao mesmo tempo, o exercício dessas ferramentas exploratórias no contexto dos serviços de saúde pode proporcionar insights e ajudar a identificar possibilidades contextuais para melhoria dos serviços já existentes e para a implantação ou ampliação do Cuidado Farmacêutico. Na etapa exploratória não esqueça das vogais (UAEOI):



USUÁRIOS (família, idosos, trabalhadores rurais, etc.)



ATIVIDADES (acolhimento, avaliação, atendimento médico, fornecimento de medicamentos, etc.)



ESPAÇOS (salas de espera, consultórios, farmácia, almoxarifado, copa, etc.)



OBJETOS (cadeiras, mesas, termômetros, macas, seringas, etc.)



INTERAÇÕES (funcionário-funcionário, funcionário-usuário, usuário-usuário, usuário-interfaces gráficas, etc.).

Diagnóstico objetivo: perfil, processo de trabalho e estrutura

Por fim, esta etapa do diagnóstico situacional é direcionada aos profissionais farmacêuticos, pois são eles os protagonistas do Cuidado Farmacêutico. Diferentemente das etapas anteriores, agora utilizaremos estratégias predominantemente quantitativas de mensuração. A principal contribuição desse método é a possibilidade de compreender a perspectiva do farmacêutico no contexto em que ele está inserido.

“A partir dos instrumentos sugeridos aqui será possível reconhecer aspectos da formação, histórico de trabalho, cotidiano de trabalho, estrutura, proximidade com atividades clínicas, frequência e qualidade da comunicação interprofissional”¹⁶.

Instrumentos validados produzem indicadores objetivos e podem fornecer, também, evidências sobre o impacto da implantação do cuidado na prática cotidiana, considerando os cenários anterior e posterior à implantação do cuidado.

Sugeriremos aqui três instrumentos: um para avaliação de perfil, processo de trabalho e estrutura, e outros dois, mais específicos, para avaliação da qualidade da comunicação interprofissional.

Avaliação do perfil dos farmacêuticos, processo de trabalho e estrutura

O primeiro instrumento que discutiremos é o de perfil do farmacêutico. Tal avaliação, dá importância à investigação de dados referentes à formação do profissional. A coleta de dados nesta etapa privilegia a obtenção do histórico de formação ligado ao cuidado ou clínica farmacêutica, entre outras informações (Quadro 3)¹⁷.

PERFIL DO FARMACÊUTICO

Nome completo:

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Tempo de formado (em anos):

Tem especialização pós-graduação lato sensu? () Não () Sim. Qual?

Tem mestrado? () Não () Sim. Em que área?

Tem doutorado? () Não () Sim. Em que área?

Já fez pós-graduação em farmácia clínica, atenção farmacêutica ou serviços clínicos?

() Não () Sim. Quando?

Já fez cursos de atualização sobre farmácia clínica, atenção farmacêutica ou serviços clínicos?

() Não () Sim. Quantos?

Fez algum curso de atualização na área clínica nos últimos 12 meses? () Não () Sim.

Quadro 3. Perfil do farmacêutico.
Fonte: Ministério da Saúde¹⁷.

A avaliação do processo de trabalho investiga informações a respeito do local de atuação e de variáveis relacionadas a esse trabalho. Igualmente, investiga o histórico de atuação clínica de qualquer natureza e indícios de interação com equipe multidisciplinar (Quadro 4).

PROCESSO DE TRABALHO

Local de atuação:

Há quanto tempo trabalha/atua nesse local?

Cargo atual:

Carga horária diária: _____ Carga horária semanal: _____

Dias e horários de trabalho:

Já trabalhou em quais locais na área farmacêutica:

Hospital (gestão logística)? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Hospital (gestão clínica)? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Farmácia/drogaria privada? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Unidade Básica de Saúde (UBS)? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Centros de Especialidades? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Maternidade () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Farmácia Popular do Brasil? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Farmácia do CEAF? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Farmácia de manipulação? () Não () Sim. Por quanto tempo? _____

Outros locais: _____ Por quanto tempo? _____

_____ Por quanto tempo? _____

LISTE AS ATIVIDADES QUE VOCÊ DESENVOLVE ATUALMENTE NO SEU TRABALHO E O TEMPO GASTO EM CADA UMA	TEMPO GASTO EM CADA ATIVIDADE

LISTE AS ATIVIDADES QUE VOCÊ ACHA QUE PODEM SER DELEGADAS PARA OUTROS PROFISSIONAIS

Quadro 4. Perfil do farmacêutico: processo de trabalho
 Fonte: Ministério da Saúde¹⁷.

Na avaliação da estrutura, é importante investigar a presença ou ausência de elementos estruturais necessários para o desenvolvimento de ações de cuidado farmacêutico dentro da unidade de saúde na qual se busca implantar os serviços (Quadro 5).

ESTRUTURA

No seu local de trabalho:

Você tem consultório ou possibilidade de uso de algum consultório? () Não () Sim.

Você tem acesso a computador? () Não () Sim. | Você tem acesso à impressora? () Não () Sim.

Você tem acesso à internet? () Não () Sim.

Você utiliza algum sistema eletrônico para registro das atividades? () Não () Sim. Qual?

Você tem acesso ao prontuário da equipe sobre o paciente? () Não () Sim.

Você utiliza formulários impressos para registro das suas atividades clínicas com o paciente?
() Não () Sim

Você utiliza um prontuário farmacêutico específico para registro das suas atividades clínicas com o paciente?
() Não () Sim.

Além do prontuário farmacêutico específico, você registra no prontuário da equipe multiprofissional?
() Não () Sim.

Quadro 5. Perfil do farmacêutico: estrutura
Fonte: Ministério da Saúde¹⁷.

A parte final desse instrumento tem como objetivo principal apresentar ao profissional algumas ações que são realizadas no âmbito do Cuidado Farmacêutico, principalmente para aqueles não têm esse tipo de vivência, além de identificar atividades e indicadores de competências clínicas (Quadro 6).

ATIVIDADES DE CUIDADO FARMACÊUTICO

Já fez atendimento individual de pacientes em consultório? () Não () Sim.

Tempo de experiência em consultório:

Atualmente realiza atendimento individual de pacientes em consultório? () Não () Sim.

Quantas horas por semana você demanda para atendimento de pacientes em consultório?

Já fez atendimento individual de pacientes em domicílio? () Não () Sim.

Tempo de experiência em atendimento em domicílio:

Atualmente realiza atendimento individual de pacientes em domicílio? () Não () Sim.

Quantas horas por semana você demanda para atendimento de pacientes em domicílio?

Já fez atendimento individual de pacientes em leito? () Não () Sim.

Tempo de experiência em atendimento em leito:

Atualmente realiza atendimento individual de pacientes em leito? () Não () Sim.

Quantas horas por semana você demanda para atendimento de pacientes em leito?

Já fez atendimento de grupos de pacientes? () Não () Sim.

Continua...

Tempo de experiência em atendimento de grupos de pacientes: continuação

Atualmente realiza atendimento de grupos de pacientes? () Não () Sim.

Quantas horas por semana você demanda para atendimento de grupos de pacientes?

Você identifica de forma sistemática e completa problemas relacionados à farmacoterapia durante suas atividades clínicas com o paciente? () Não () Sim.

Você documenta de forma completa os problemas relacionados à farmacoterapia identificados durante suas atividades clínicas com o paciente? () Não () Sim.

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de efetividade dos tratamentos do paciente durante suas atividades clínicas? () Não () Sim.

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de segurança (reações adversas e intoxicações) dos tratamentos do paciente durante suas atividades clínicas? () Não () Sim.

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de seleção e prescrição durante suas atividades clínicas com o paciente? () Não () Sim.

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de adesão ao tratamento durante suas atividades clínicas com o paciente? () Não () Sim.

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de adesão ao tratamento durante suas atividades clínicas com o paciente? () Não () Sim.

Você identifica de forma sistemática e completa os problemas de qualidade do medicamento durante suas atividades clínicas com o paciente? () Não () Sim.

Quadro 6. Perfil do farmacêutico: Atividades de cuidado
Fonte: Ministério da Saúde¹⁷.

“Esse instrumento foi desenvolvido para a execução de um projeto de desenho e implantação do Cuidado Farmacêutico em toda a rede de atenção à saúde de Curitiba (PR) e permitiu à equipe de design perceber um panorama de potencialidades e lacunas iniciais e, conseqüentemente, a proposição de estratégias para superar os problemas, tanto de formação clínica dos profissionais quanto de estrutura¹⁷.”

Avaliação da integração do farmacêutico com a equipe de saúde

Os instrumentos discutidos aqui buscam integrar os dados de perfil, estrutura e processo de trabalho, focando-se na frequência e qualidade da comunicação profissional entre os profissionais da saúde. Dois deles são instrumentos originalmente de língua inglesa, mas que passaram por um processo de tradução transcultural, gerando uma versão em português de autoria do Ministério da Saúde. Outro também foi desenvolvido para a execução do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico em Curitiba (PR)¹⁸.

O *Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument for Pharmacists* (FICI-P) avalia a frequência da prática de cuidado colaborativo entre médicos e farmacêuticos¹⁹. Segundo autor, o instrumento mostrou bons resultados de consistência interna, critérios de validade e enquadra-se no modelo Rash de medidas psicométricas para dados categóricos. Portanto, permite medir o impacto de intervenções desenhado para melhorar a colaboração interprofissional entre médicos e farmacêuticos (Quadro 7).

Instrumento de Frequência de Colaboração Interprofissional para Farmacêuticos (FICI-P)

Pense no(s) médico(s) com o(s) qual(is) você tem mais contato. Para cada situação abaixo, marque a melhor estimativa do número de vezes que cada uma dessas situações ocorreu no último mês

1 – Eu e o médico nos comunicamos abertamente um com o outro.

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

2 – Eu informei ao médico sobre novos produtos ou serviços que estão disponíveis ou que eu forneço.

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

3 – O médico contatou-me para obter informações específicas sobre um medicamento.

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

4 – O médico contatou-me para obter informações específicas sobre um paciente.

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

5 – Entrei em contato com o médico para esclarecer dúvidas sobre receitas.

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

6 – Entrei em contato com o médico para discutir ajustes de dose.

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

7 – Entrei em contato com o médico para recomendar um medicamento alternativo para um paciente (p.ex.: devido a uma reação adversa, contraindicação, etc.).

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

8 – O médico ajustou a medicação do paciente após a minha recomendação.

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

9 – O médico compartilhou comigo informações sobre o paciente.

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

10 – O médico envolveu-me em decisões relacionadas ao manejo de uma medicação.

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Quadro 7. FICI-P

Fonte: Ministério da Saúde¹⁷.

O instrumento *Attitudes Towards Collaboration Instrument for Pharmacists* (ATCI-P) avalia determinantes das atitudes dos farmacêuticos na interação e determinantes profissionais dos farmacêuticos em relação aos médicos²⁰. Segundo os autores, o instrumento apresenta validade para mensurar as atitudes relacionadas à colaboração entre farmacêutico e médicos e suporta um modelo colaborativo no qual a atitude colaborativa é influenciada diretamente por determinantes interacionais e ambientais (Quadro 8).

Instrumento de Frequência de Colaboração Interprofissional para Farmacêuticos (FICI-P)

Pense no(s) médico(s) com o(s) qual(is) você tem mais contato. Para cada sentença abaixo, marque o quanto você concorda ou discorda

1 – A comunicação profissional entre mim e o médico é aberta e honesta.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

2 – O médico é aberto para trabalhar junto comigo no manejo da medicação dos pacientes.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

3 – O médico provê cuidados de saúde de alta qualidade para seus pacientes.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

4 – O médico tem tempo para discutir comigo assuntos relacionados a regimes de medicação dos pacientes.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

5 – O médico atende às expectativas profissionais que eu tenho dele.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

6 – Eu posso confiar nas decisões do médico.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

7 – O médico aborda ativamente as preocupações de saúde dos pacientes.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

8 – As minhas conversas com o médico me ajudam a proporcionar um melhor cuidado aos pacientes.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

9 – O médico e eu temos respeito mútuo um pelo outro, em um nível profissional.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

10 – O médico e eu compartilhamos metas e objetivos comuns quando cuidamos do paciente.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

11 – O meu papel e o papel do médico no cuidado do paciente são claros.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

12 – Eu tenho confiança no conhecimento e na experiência do médico.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

13 – O médico acredita que eu tenho uma função na garantia da segurança dos medicamentos (p. ex.: para identificar interações medicamentosas, reações adversas, contraindicações, etc.).

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

14 – O médico acredita que eu tenho uma função na garantia da efetividade dos medicamentos (p. ex.: para assegurar ao paciente o medicamento ideal, em uma dosagem ideal, etc.).

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

15 – Meu trabalho em conjunto com o médico beneficia o paciente.

() Discordo fortemente () Discordo () Nem concordo, nem discordo () Concordo () Concordo fortemente

Quadro 8. ATCI-P
Fonte: Ministério da Saúde¹⁷.

Um terceiro instrumento avalia a frequência de contato entre o farmacêuticos e os demais profissionais da equipe de saúde, de forma a complementar os FICI-P e o ATCI-P, os quais têm seu foco na atuação apenas com médicos (Quadro 9)¹⁷.

No último mês, qual foi a frequência de contatos que você teve com cada um desses profissionais, para discutir alguma questão relativa a um paciente?

Enfermeiras: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Técnicos de enfermagem: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Nutricionistas: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Psicólogos: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Fisioterapeutas: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Educadores físicos: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Agentes comunitários de saúde: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Terapeutas ocupacionais: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Assistentes sociais: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Farmacêuticos das Unidades Básicas: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Farmacêuticos de laboratório de análises clínicas:

() Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Farmacêuticos de Hospital: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Farmacêuticos de Centro de Especialidades: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Farmacêuticos de UPA: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Farmacêuticos de Farmácia Especial: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Farmacêuticos de Farmácia Popular: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Farmacêuticos de drogaria/farmácia privada: () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Outros: _____ () Nenhuma vez () 1-2 vezes () 3-4 vezes () 5 ou mais vezes

Quadro 9. Complemento para avaliação da comunicação interprofissional para farmacêuticos
Fonte: Ministério da Saúde¹⁷.

Os instrumentos autoaplicáveis apresentados foram aplicados anteriormente para diagnóstico do perfil de farmacêuticos com o intuito de complementar o diagnóstico situacional e avaliar impacto da implantação do Cuidado Farmacêutico em diferentes pontos de atenção à saúde¹⁷. Você não precisa ficar restrito a eles, no entanto. Lembre-se de que é o diagnóstico do seu espaço institucional e você pode escolher ou adicionar diferentes instrumentos que estejam disponíveis na literatura para mensurar aspectos que você considere importantes.

A compilação dos dados obtidos nesta etapa e nas etapas anteriores do diagnóstico situacional podem transformar-se em uma poderosa ferramenta de gestão e ajudar a conduzir da melhor maneira os próximos passos para a implantação do Cuidado Farmacêutico em sua unidade de saúde. É possível ainda publicar esses dados, pois são relevantes para a compreensão da organização do sistema de saúde, dos serviços de saúde e dos desafios para melhoria da eficiência do cuidado integral e equânime pretendido pela RAS.

IMPORTANTE!

Os instrumentos apontados neste capítulo podem ser encontrados na íntegra no caderno 4 da série Cuidado farmacêutico na Atenção Básica: Resultados do processo de implantação do Cuidado Farmacêutico no município de Curitiba.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Síntese da aula

- Nesta aula, foram abordados os conceitos e estratégias relacionados à tarefa do diagnóstico situacional, definido como a apreensão do contexto, buscando fornecer as bases para o planejamento da implantação do Cuidado Farmacêutico. Também foram abordadas ferramentas próprias do design/thinking de serviços, que nos auxiliarão no processo de implantação do cuidado. Essas ferramentas oferecem uma série de estratégias e métodos para o diagnóstico situacional e para os demais passos da implantação. Seguimos uma lógica analítica no sentido do macro para o micro, desde a territorialização, passando pelo mapeamento interno até a investigação do perfil do profissional farmacêutico. Apropriando-se dessas estratégias você poderá, junto com sua equipe, desenvolver o diagnóstico situacional de maneira mais eficiente e completa, respaldado por métodos e instrumentos validados e confiáveis.

Nesta aula, tratamos da importância do diagnóstico situacional, e os instrumentos necessários para sua realização, como subsídio ao processo de planejamento do serviço de Cuidado Farmacêutico. Ao concluir os estudos dessa aula, você estará apto a analisar o contexto atual do ponto de atenção à saúde em que poderá ocorrer a implantação e integração do serviço de Cuidado Farmacêutico na rede e conhecer conceitos, ferramentas e estratégias para desenvolvimento de um diagnóstico situacional o mais completo possível, identificando barreiras e potencialidades para serem consideradas nas próximas etapas da implantação.

Na próxima aula, nela abordaremos as etapas necessárias para a elaboração de um projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Com isso, esperamos que você seja capaz de desenvolver uma proposta de projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Glossário

Design de serviços: é uma prática interdisciplinar integrada que combina habilidades de design, gestão e engenharia de processos.

Desk research: também conhecida como pesquisa de dados secundários, é uma pesquisa exploratória feita através da coleta e seleção de dados previamente publicados. Esses dados podem ser oriundos de publicações internas da instituição (relatórios, prontuários, registros) ou de bases de dados científicas, livros, regulamentações governamentais, etc.

Clipping: método que consiste na seleção de notícias de meios de comunicação impressos para obter um apanhado de recortes sobre determinado assunto.

Referências

1. Godoy RR. Análise qualitativa da interação farmacêutico-paciente em consultas ambulatoriais e desenvolvimento de serviços de Cuidado Farmacêutico na rede atenção à saúde de Curitiba. Curitiba-PR: Universidade Federal do Paraná - UFPR; 2017.
2. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Pub. DOU 22 set. 2017, seção 1, p. 68. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), (2017).
3. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Fiocruz. 2008:6.
4. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Jama. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.
5. Faria RM. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2013;9(16):17.
6. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M, et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. Escola de Saúde Pública do Paraná. 2002.
7. Czeresnia Dina RAM. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. Cad Saúde Pública [Internet]. 2000;16(3):10.
8. Rezende AC, Santos C, Biazini H, Miranda MM, Carvalho LEM. Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima. Trabalho apresentado ao Grupo Tutorial Barreiro de Cima do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 164 p.
10. Stickdorn M, Schneider J, organizadores. Isto é design thinking de serviços.w Porto Alegre: Bookman; 2014.

11. Mannonen P, Kaipio J, Nieminen MP. Patient-Centred Design of Healthcare Services: Meaningful Events as Basis for Patient Experiences of Families. *Studies in health technology and informatics*. 2017;234:206-10.
12. Lee E. A Service Design Thinking Approach for Stakeholder-Centred eHealth. *Studies in health technology and informatics*. 2016;228:177-81.
13. Yademás Thinking Mates [acesso em 26 dez. 2018]. Disponível em: <http://yademas.com/shadowing-una-herramienta-para-dar-en-el-clavo-en-tu-start-up/>
14. Farmer J, Nimegeer A. Community participation to design rural primary healthcare services. *BMC health services research*. 2014 Mar 21;14:130.
15. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. Jan-Jul/2005;2(1):68-80.
16. Vass C, Gray E, Payne K. Discrete choice experiments of pharmacy services: a systematic review. *International journal of clinical pharmacy*. 2016 Jun;38(3):620-30.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica - Caderno 4: Resultados do processo de implantação do cuidado farmacêutico no município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 102 p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica - Caderno 3: Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica à saúde: A experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120 p.
19. Van C, Costa D, Mitchell B, Abbott P, Krass I. Development and initial validation of the Pharmacist Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument (FICI-P) in primary care. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2012 Sep-Oct;8(5):397-407.
20. Van C, Costa D, Abbott P, Mitchell B, Krass I. Community pharmacist attitudes towards collaboration with general practitioners: development and validation of a measure and a model. *BMC health services research*. 2012 Sep 16;12:320.



Material complementar



Artigos científicos

- Costa BV, Oliveira CD, Lopes AC. Food environment of fruits and vegetables in the territory of the Health Academy Program. *Cadernos de saude publica*. 2015 Nov;31 Suppl 1:159-69.
- Freire Mdo S, Salles RP, Sa RM. A mapping of 'healthy territory' initiatives, their characteristics and effectiveness. *Ciencia & saude coletiva*. 2016 Jun;21(6):1757-66.
- Furtado JP, Oda WY, Borysow ID, Kapp S. The concept of territory in Mental Health. *Cadernos de saude publica*. 2016 Oct 10;32(9):e00059116.
- Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho M, Vidal ECF, Aquino PS, Vidal ECF. Experiences in the Family Health Strategy: demands and vulnerabilities in the territory. *Revista brasileira de enfermagem*. 2017 Sep-Oct;70(5):920-7.

Vídeos

- Colussi C. Territorialização como instrumento no planejamento da atenção básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. (Vídeo). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NCgOYeCCLPY&t=154s>. Acesso em: 13 fev. 2019.
- Thinking SD. "Service Design and Tourism" and "This Is Service Design Thinking": TCDC Channel: <http://goo.gl/f4wXyR>; 2014 (vídeo) disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=LUsjjOtAwcs>. Acesso em: 13 fev. 2019.
- Webcast OR. Healthcare Service Design 2013. (Vídeo). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=PoeVGos_PK0. Acesso em: 13 fev. 2019.

Aula 12 – Elaboração de um projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico

Thaís Teles de Souza
Rangel Ray Godoy

Ementa da aula

Esta aula aborda as etapas necessárias para a elaboração de um projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.



Objetivo de aprendizagem

Desenvolver uma proposta de projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico.



Introdução

Elaboração do projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico

Como discutido nas aulas anteriores, os serviços de Cuidado Farmacêutico são uma realidade no Brasil e no mundo e são de extrema importância para a identificação, a resolução e a prevenção dos problemas relacionados à farmacoterapia dos pacientes. Por meio desses serviços, torna-se viável a melhoria do processo de uso de medicamentos, dos resultados em saúde e da qualidade de vida dos pacientes, além de otimizar os recursos de saúde¹⁻⁶.



Fonte: "Imagens - Shutterstock ©"

LEIA UM POUCO MAIS!

Série "Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica"
– Cadernos 1, 2, 3 e 4¹⁻⁴.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Para que se possa implantar o serviço de Cuidado Farmacêutico, é necessário o desenvolvimento de um projeto com: introdução sobre o Cuidado Farmacêutico e o seu impacto nas ações de saúde, justificativas de por que criar esse serviço, metodologia, objetivos, requisitos, etapas a serem desenvolvidas para a efetividade da implantação e resultados esperados. As etapas estão divididas em várias aulas, para facilitar o seu detalhamento e a sua compreensão.

O projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico contempla as seguintes fases: criação da equipe de condução; sensibilização e pactuação da equipe e de gestores; diagnóstico situacional; reorganização dos processos de trabalho; definição do público-alvo, do fluxo de serviço e das atividades a serem realizadas; definição dos instrumentos e dos procedimentos; definição da estrutura necessária; capacitação dos profissionais; organização da agenda de atendimento farmacêutico; estratégias de avaliação e de monitoramento do serviço; e fase-piloto do serviço. Acompanhe pela Figura 8.

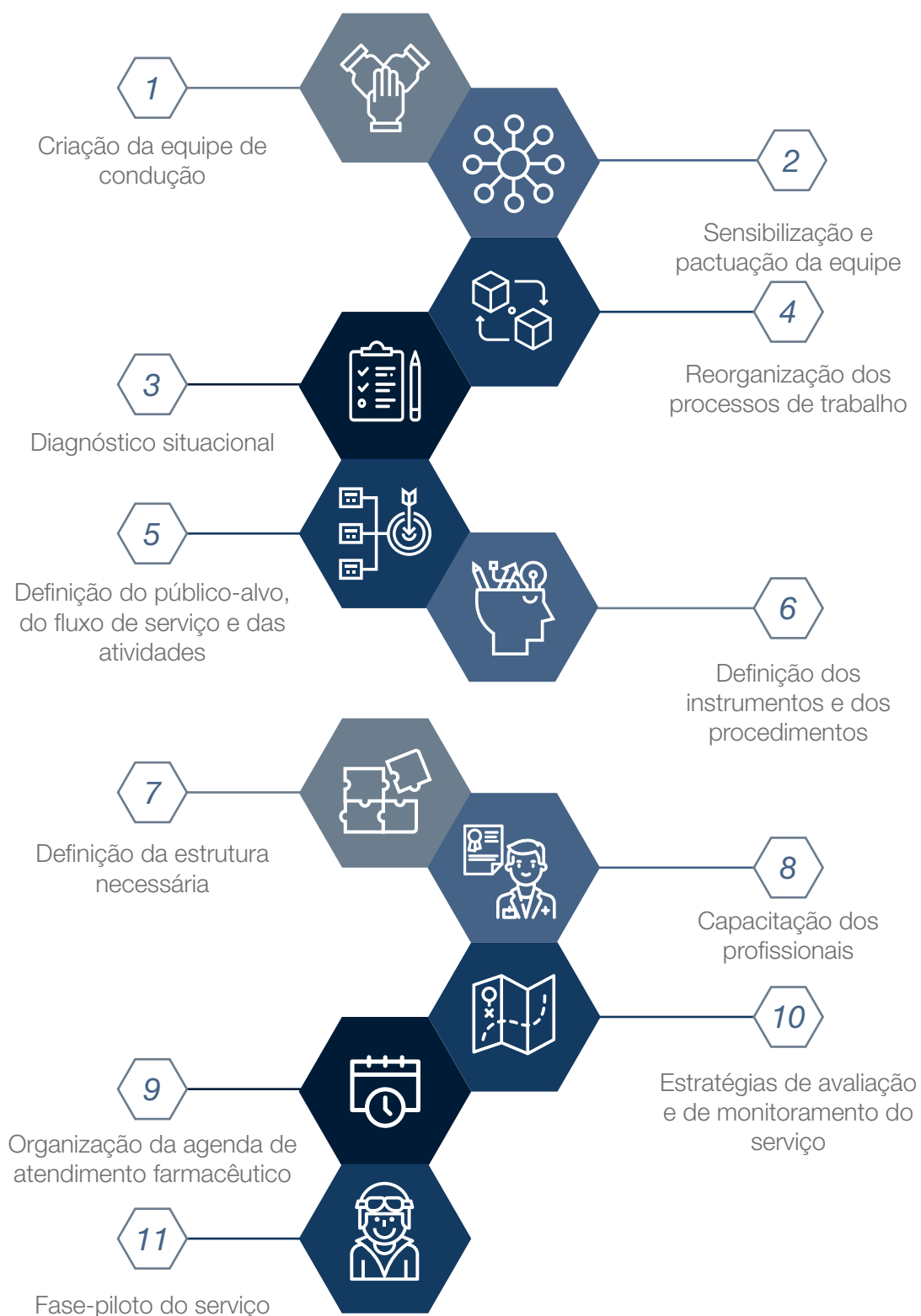


Figura 8. Etapas do projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico
 Fonte: Elaboração própria. / Fonte: "Imagens - Freepik ©"

PESQUISE E REFLITA!

Pesquise sobre os serviços de Cuidado Farmacêutico já implantados no Brasil e os seus resultados.



Fonte: "Imagens - Shutterstock ©"

Criação de equipe de condução

É de extrema importância a criação de uma equipe de condução coordenada por um gestor do projeto.

É fundamental que essa equipe seja composta pelos farmacêuticos envolvidos nos serviços e pelos representantes das Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde. Não há um número definido de profissionais que pode compor esse grupo de trabalho, sendo importante que se tenha um cronograma de reuniões e de atividades a serem desenvolvidas bem definido.

A equipe será responsável pela condução do projeto, elaboração de documentos, motivação dos demais farmacêuticos, compartilhamento das atividades propostas, controle de indicadores de monitoramento, de avaliação e de qualificação do serviço, feedback para os gestores e para a equipe envolvida, construção dos relatórios, difusão de informações, interlocução com os demais farmacêuticos, entre outras atividades relacionadas à implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico³.

“A equipe de condução também assume papel importante na sensibilização dos farmacêuticos, dos gestores e dos demais profissionais de saúde. A formação da equipe de condução e a sua participação em todas as etapas do projeto, o rodízio na coordenação dessa equipe e os trabalhos desenvolvidos são fundamentais para a pavimentação das condições para implantação/ampliação dos serviços³.”



Fonte: "Imagens - Shutterstock ©"

Sensibilização e pactuação da equipe

Outra etapa imprescindível em um projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico é a sensibilização e a pactuação da equipe, incluindo os gestores, os farmacêuticos, os técnicos, os auxiliares e os demais profissionais da equipe de saúde³.

A sensibilização e a pactuação podem ser realizadas por meio de reuniões e de oficinas, nas quais se discutam a atual condição dos serviços, os problemas existentes, as demandas e as necessidades dos pacientes, as potencialidades do serviço de Cuidado Farmacêutico, como esse serviço funcionará, como a equipe participará e os resultados que podem ser alcançados nos âmbitos clínico, humanístico e econômico.

Nessas reuniões, podem ser consolidadas propostas para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico construídas em conjunto com a equipe, para que o serviço atenda às expectativas não apenas dos farmacêuticos, mas, também, às dos demais profissionais da equipe.

Destaca-se a importância da elaboração de um projeto técnico que será apresentado, discutido e aprimorado com os gestores, a equipe de condução, os outros farmacêuticos envolvidos e os demais profissionais da equipe de saúde³.

Também é essencial a pactuação com os gestores de contrapartidas fundamentais para o funcionamento do serviço de Cuidado Farmacêutico, como a disponibilização de infraestrutura mínima necessária e de profissionais para participar do processo de capacitação, entre outras necessidades previstas no projeto técnico.

Diagnóstico situacional

Para a implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico, é necessária a realização de um diagnóstico situacional.

Tal diagnóstico contempla a avaliação dos perfis demográfico e epidemiológico da população, as suas potencialidades e vulnerabilidades e as suas demandas e necessidades de saúde. Adicionalmente, por meio do diagnóstico situacional, é possível avaliar o perfil do farmacêutico, os processos de trabalho, a realidade da comunicação interprofissional, o mapeamento dos serviços, as atividades realizadas, as potencialidades e as deficiências estruturais, as expectativas do profissional, da equipe e dos usuários, entre outros aspectos relevantes para a identificação das fragilidades e das potencialidades do serviço³.

O diagnóstico situacional é discutido na aula “Diagnóstico situacional dos serviços farmacêuticos”.

Reorganização dos processos de trabalho

Para que o farmacêutico possa desempenhar o serviço de Cuidado Farmacêutico, é necessária uma reorganização dos processos de trabalho dele e dos demais profissionais envolvidos em suas atividades. Essa etapa, que é destinada a reorganizar os processos de trabalho, possibilita a alocação de uma carga horária mínima do farmacêutico disponível para a realização de atividades clínicas, e essa disponibilidade de tempo deve estar vinculada à agenda prevista de atendimentos/pacientes que serão atendidos e de atividades clínicas a serem desenvolvidas, as quais estão previstas no projeto técnico.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Para tanto, inicialmente, deve ser feito o mapeamento dos serviços e das atividades desenvolvidos pelo farmacêutico, o tempo gasto em cada atividade e um apontamento de quais destas atividades poderiam ser delegadas a outros profissionais. Caso seja necessário, deve-se garantir a disponibilização de uma carga horária mínima para a realização de atividades clínicas³.

“O ideal seria a contratação de mais farmacêuticos para a divisão das atividades realizadas. Dessa forma, os farmacêuticos teriam mais tempo disponível para continuar realizando as atividades logísticas e aprimorá-las e para iniciar o desenvolvimento das atividades clínicas, ou melhorá-las, nos casos que já realiza.”

Nas situações em que a contratação de mais farmacêuticos não for possível, devem ser identificados quais profissionais poderiam realizar as atividades a serem delegadas, e, assim, ser feito o treinamento destes profissionais, para que essas atividades sejam executadas com qualidade. Tudo isso deve ser feito por meio de acordos nos quais todas as partes estejam satisfeitas e visando ao mesmo objetivo: melhores cuidados em saúde aos pacientes.

A pactuação dessa reorganização dos processos de trabalho deve ser realizada com os gestores, os farmacêuticos e os demais profissionais de saúde envolvidos.

DICA!

Os auxiliares e os técnicos são profissionais que podem ser capacitados para realizar algumas atividades logísticas, liberando o tempo do farmacêutico para a realização de atividades clínicas.



Fonte: "Imagens - Shutterstock ©"

A maior parte do tempo do farmacêutico da Atenção Básica, atualmente, está designada à realização de atividades administrativas e logísticas. Tais atividades também são importantes, mas devem ser reorganizadas e, em parte, redistribuídas para que o farmacêutico possa, ainda, realizar as atividades clínicas junto ao paciente e à equipe de saúde – atividades individuais e coletivas.

PESQUISE E REFLITA!

Pesquise sobre os ciclos (logístico e clínico) da assistência farmacêutica.



Fonte: “Imagens - Shutterstock ©”

Definição do público-alvo, do fluxo de serviço e das atividades a serem realizadas

O público-alvo, o fluxo de serviço e as atividades a serem realizadas também devem ser definidas no projeto. Para a definição do público-alvo, devem-se considerar o perfil epidemiológico e os principais fatores de risco da população atendida. Geralmente, para o serviço de Cuidado Farmacêutico, selecionam-se os pacientes que apresentam maior risco para a ocorrência de problemas associados à farmacoterapia. Esses pacientes são compostos por:

- idosos;
- pacientes polimedicados (principalmente, utilizando cinco ou mais medicamentos diferentes por dia);
- pacientes que tratam várias doenças, ou problemas de saúde, simultaneamente com medicamentos (quanto maior o número de problemas de saúde, maior o risco);
- pacientes utilizando medicamentos com estreita faixa terapêutica;
- pacientes que foram internados uma ou mais vezes em hospital nos últimos seis meses (quanto maior o número de admissões, maior o risco);
- pacientes usando medicamentos de alto risco, como anticoagulantes;
- pacientes com problemas de adesão aos medicamentos, por qualquer motivo, ou com maior risco de baixa adesão, como aqueles que iniciam novos tratamentos, especialmente os mais complexos;
- pacientes que deixaram de adquirir quaisquer dos medicamentos prescritos, por conta do custo ou da dificuldade de acesso;
- pacientes que precisam ir a duas ou mais farmácias diferentes todos os meses para adquirir o seu tratamento completo;

- pacientes que possuem prescrições de medicamentos por dois ou mais médicos diferentes no último ano (quanto maior o número de médicos diferentes, maior o risco); e
- pacientes que apresentam algum problema na farmacoterapia previamente identificado⁷.

Os pacientes que apresentam uma ou mais dessas características possuem maior risco de falha terapêutica, de interações medicamentosas, de erros de medicação, de ocorrência de reações adversas aos medicamentos e de intoxicações. 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.

Dessa forma, um bom filtro para identificação do público-alvo para o serviço pode ser: pacientes polimedicados que apresentem mais de um fator de risco para problemas relacionados à farmacoterapia. Esse filtro pode ser ampliado, a depender da demanda, por exemplo: pacientes polimedicados que apresentem outros dois fatores de risco, e assim por diante. Quanto maior a demanda, mais critérios de seleção podem ser incorporados, no sentido de selecionar pacientes de maior risco.

O fluxo de serviço inclui as etapas que serão realizadas em sua sequência, sendo elas: a identificação do público-alvo (a qual pode ser realizada por busca ativa, demanda espontânea, encaminhamento da equipe ou contrarreferência), o agendamento do paciente, o acolhimento para a consulta, o método clínico (coleta e organização dos dados, identificação dos problemas, identificação do plano de cuidados e seguimento do paciente) e encaminhamento para outros profissionais e serviços². A Figura 9 apresenta um exemplo de fluxo de serviço de Cuidado Farmacêutico desenvolvido na Atenção Básica à Saúde do município de Curitiba (PR).

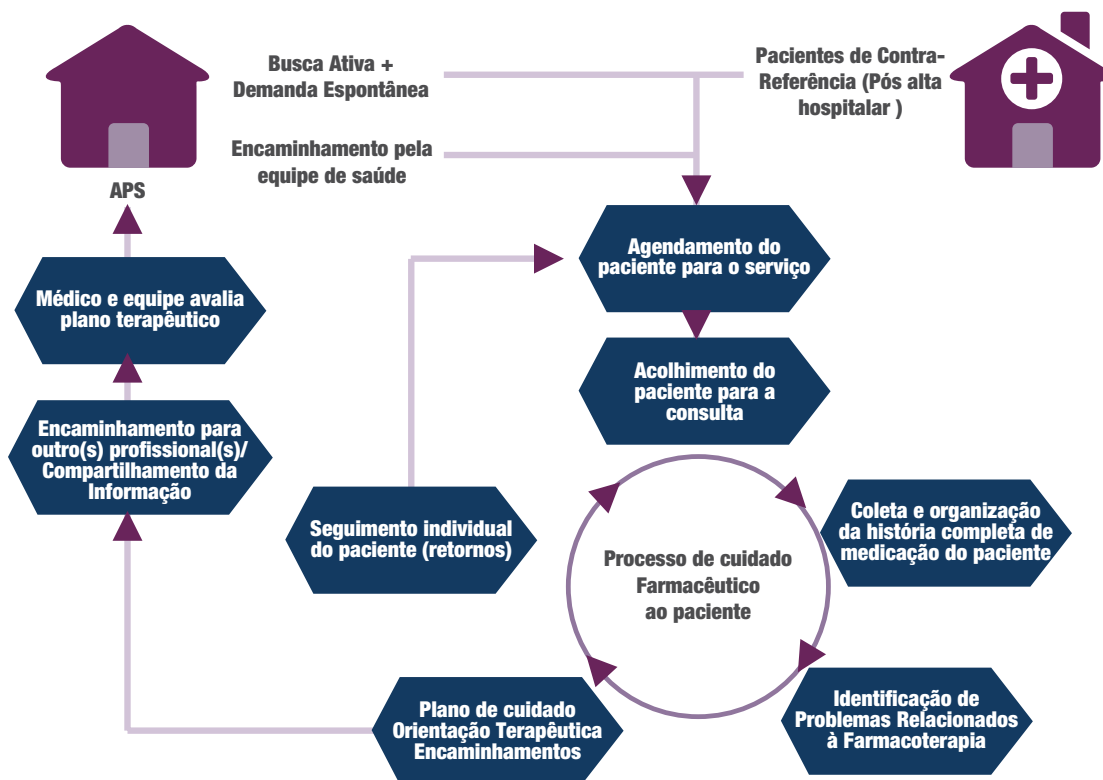


Figura 9. Exemplo de fluxo de serviço de Cuidado Farmacêutico desenvolvido na Atenção Básica à Saúde do município de Curitiba (PR) / Fonte: Elaboração própria.

Também é importante definir as atividades que serão realizadas no serviço. Tais atividades devem ser selecionadas de acordo com as necessidades do paciente identificadas, durante a consulta, e podem incluir atividades de educação em saúde, rastreamento em saúde, dispensação de medicamentos, manejo de problemas de saúde autolimitados, revisão da farmacoterapia, monitorização terapêutica, gestão da condição de saúde, acompanhamento farmacoterapêutico e conciliação de medicamentos⁶.

LEIA UM POUCO MAIS!

Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Publicação do/CFF (2016)⁶.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Além das atividades clínicas com o paciente, por meio de atendimentos individuais ou coletivos, devem ser organizadas as atividades técnico-pedagógicas que serão realizadas junto à equipe, as quais podem incluir atividades de informe e de suporte à equipe, comitês de uso racional de medicamentos (ex.: Curame), entre outras.

Definição dos instrumentos e dos procedimentos

Os instrumentos que serão utilizados e os procedimentos que serão realizados no serviço de Cuidado Farmacêutico também devem ser definidos. O farmacêutico pode utilizar um formulário específico para coleta e organização dos dados do paciente e para registro dos problemas da farmacoterapia e do plano de cuidados. Esse formulário norteará o farmacêutico na realização da consulta e no registro no prontuário do paciente².

Instrumentos para seleção do público-alvo, para avaliação do estado clínico das condições de saúde, para avaliação da adesão e da capacidade de gestão dos tratamentos do paciente e para automonitoramento dos pacientes também podem ser utilizados².

Os procedimentos farmacêuticos podem incluir a verificação de parâmetros clínicos, como pressão arterial e glicemia capilar, a administração de medicamentos, a organização dos medicamentos e a realização de pequenos curativos⁶.

Os instrumentos e os procedimentos de apoio para a implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico serão discutidos na aula "Instrumentos e procedimentos de apoio para implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico".

Definição da estrutura necessária

A definição da estrutura necessária para o desenvolvimento do serviço de Cuidado Farmacêutico deve ser feita considerando: a disponibilidade de consultório para atendimento, de acesso a computador, impressora e internet, e de sistema eletrônico para registro das atividades; o registro em formulários impressos; o registro no prontuário do paciente; e a disponibilidade de instrumentos para monitoramento de glicemia, de pressão arterial e de outros parâmetros³.

A definição da estrutura necessária é pactuada, previamente, com o gestor e, geralmente, está vinculada a uma estrutura pré-existente nas unidades.

Dessa maneira, devem ser realizados acordos com os gestores, para que a estrutura mínima necessária seja garantida. Adicionalmente, o que for comum à estrutura que os demais profissionais de saúde utilizam pode ser compartilhado, alternando-se os horários de utilização.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Capacitação dos profissionais

Para que o serviço de Cuidado Farmacêutico seja implantado e perenize, faz-se fundamental que o farmacêutico seja qualificado para desenvolver um atendimento integral, integrado, efetivo, seguro, contínuo e de qualidade, centrado no paciente².

Sendo assim, é importante que os profissionais sejam capacitados para o desenvolvimento das competências clínicas (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessárias para a realização do serviço. Essa capacitação pode ser realizada seguindo metodologias ativas de ensino-aprendizagem e estratégias de ensino em serviço, incluindo atividades teóricas e práticas, presenciais e de ensino a distância².

Para alcançar os objetivos de aprendizagem, pode ser utilizado um modelo misto, que inclua diferentes estratégias pedagógicas, como aprendizagem baseada em problemas e projetos, estudos dirigidos, simulações de prática, atividades práticas em serviço com supervisão direta e seminários integrativos para discussão de temas vinculados ao Cuidado Farmacêutico².

A aula “Capacitação em serviço para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico” discute a capacitação em serviço para o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico.

IMPORTANTE!

É importante que a capacitação dos profissionais ocorra antes e durante a implantação/ampliação dos serviços como estratégia de aprendizados técnico, administrativo e humanístico. Tal capacitação é realizada com ênfase em formação em serviço, na sistematização do trabalho e no desenvolvimento de habilidades clínicas dos profissionais. Nessa abordagem, a qualificação do profissional ocorre concomitantemente à transformação e à implantação do próprio serviço. A educação permanente é uma importante estratégia para a contínua capacitação desses profissionais.



Organização da agenda de atendimento farmacêutico

A agenda do profissional deve ser definida de acordo com o seu processo de trabalho. A depender das demais atividades que o farmacêutico realiza e da reorganização do seu processo de trabalho, o farmacêutico deverá avaliar quanto tempo disponível de sua carga horária será destinado à realização dos atendimentos.

A agenda de atendimento vai depender da carga horária disponível para o desenvolvimento de atividades clínicas. Mas, para organizar a agenda de atendimento, é necessário, primeiro, definir uma agenda de trabalho para o farmacêutico, por meio da organização do processo de trabalho do profissional, de forma que contemple, na sua rotina de atuação, atividades clínicas e atividades técnico-pedagógicas e logísticas, caso não tenham farmacêuticos contratados/disponíveis, especificadamente, para essas outras atividades.

Sugere-se que, durante a implantação, o farmacêutico agende as primeiras consultas com intervalo de 1 hora e as consultas de retorno com intervalo de 30 minutos. Esse tempo considera a realização da consulta e a organização da consulta seguinte e deve ser reduzido, com o tempo de experiência. O objetivo é que a consulta seja o mais efetiva no menor tempo possível.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

A agenda do farmacêutico também deve contemplar as atividades de avaliação do prontuário, para análise do caso e para registro da consulta no prontuário do paciente. O farmacêutico também deve organizar o tempo para estudo dos casos clínicos e discussão dos casos com a equipe.



IMPORTANTE!

A avaliação e o monitoramento do serviço são de extrema importância para o seu refinamento. A partir dessa avaliação, são realizados aperfeiçoamentos, visando ao alcance de melhores resultados e à satisfação do paciente, do farmacêutico e da equipe de saúde.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

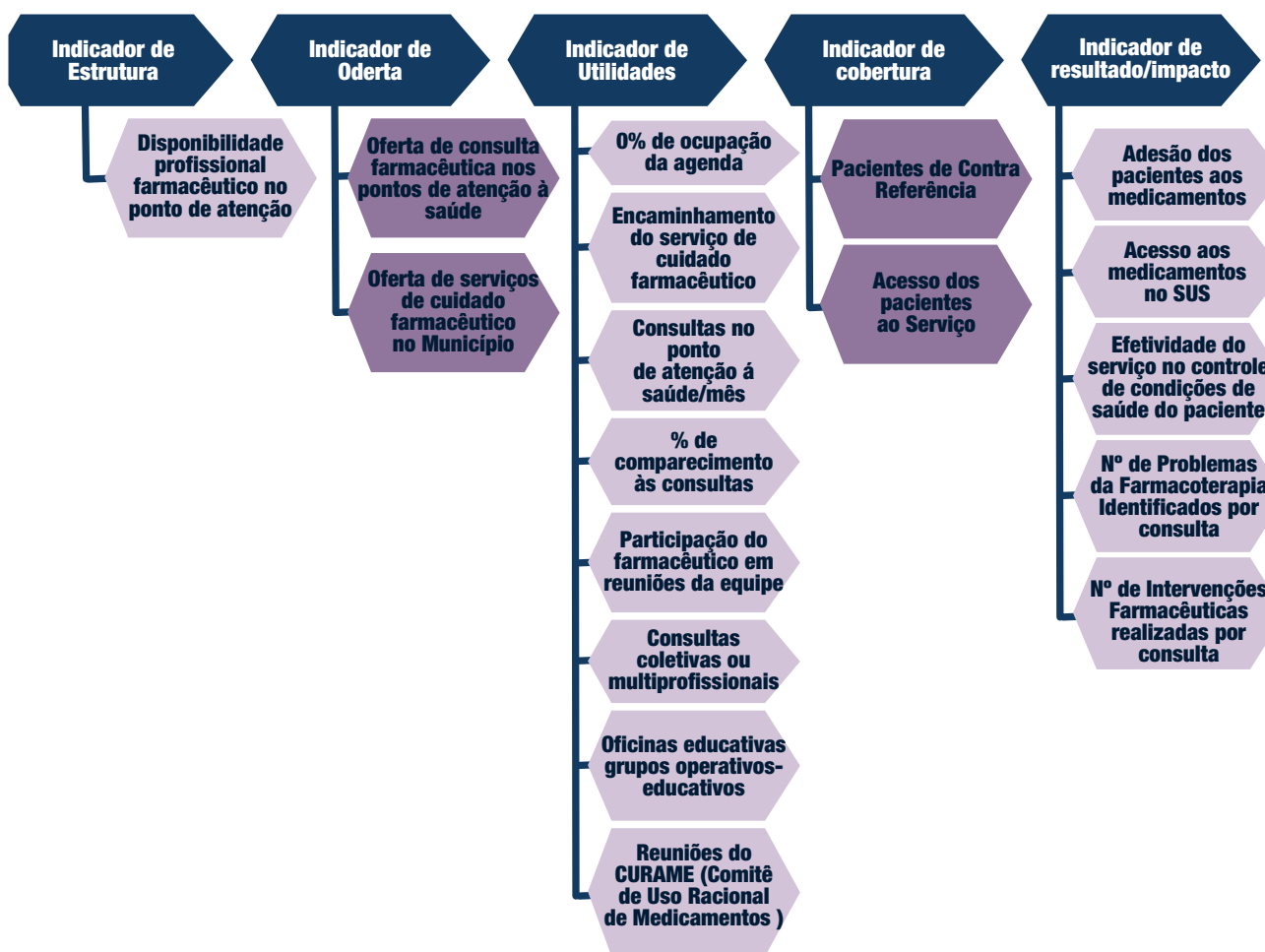


Figura 10. Indicadores que podem ser utilizados para avaliação e monitoramento do serviço
 Fonte: Elaboração própria.

A aula “Monitoramento e avaliação do serviço de Cuidado Farmacêutico” discutirá o monitoramento e a avaliação do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Fase-piloto do serviço

A fase-piloto do serviço é o momento em que serão aplicadas todas as etapas que foram definidas para o desenvolvimento do serviço, a fim de que sejam realizados os ajustes necessários. Durante o piloto, é possível avaliar se a estrutura está suficiente, como está a integração da equipe multiprofissional, se a reorganização do processo de trabalho e da agenda do profissional possibilita tempo suficiente para o desenvolvimento do serviço, se o público-alvo é o que mais se beneficiará com o serviço, se o serviço é capaz de atender à demanda, se o fluxo de serviço atende às necessidades, se as atividades realizadas cumprem os objetivos do serviço, se os instrumentos e os procedimentos necessitam de melhorias e se o farmacêutico está, adequadamente, capacitado para a realização desse serviço.

Complementarmente, durante a fase-piloto, é possível avaliar o absenteísmo, a satisfação do usuário, a integração da equipe, o controle das doenças, os indicadores de qualidade do serviço, a performance dos farmacêuticos, a produtividade, a eficiência na identificação, na resolução e na prevenção dos problemas relacionados à farmacoterapia do paciente, entre outros.

A fase-piloto é a fase de testes e de adequações que ainda podem ser feitas em partes do projeto, a partir das experiências realizadas, uma vez que, após a fase-piloto, vêm a consolidação e a institucionalização do serviço.

LEMBRE-SE

Todas as etapas do projeto de implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico devem ser realizadas contemplando as necessidades do paciente e da equipe de saúde.



Fonte: "Imagens - Shutterstock ©"

SAIBA MAIS!

Fique por dentro das Resoluções nº 585 e 586, de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia^{8,9}.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Síntese da aula

- Nesta aula, foram discutidas as etapas para o desenvolvimento do projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico, incluindo a criação da equipe de condução, a sensibilização e a pactuação da equipe, o diagnóstico situacional, a reorganização dos processos de trabalho, a definição do público-alvo, o fluxo de serviço e de atividades a serem realizadas, a definição dos instrumentos e dos procedimentos, a definição da estrutura necessária, a capacitação dos profissionais, a organização da agenda de atendimento farmacêutico, a definição das estratégias de avaliação e de monitoramento do serviço e a fase-piloto do serviço.
- Após a realização destas etapas, o serviço de Cuidado Farmacêutico deverá estar implantado e funcionando de acordo com as necessidades da população atendida e da equipe envolvida, visando à melhoria do processo de uso de medicamentos, dos resultados em saúde e da qualidade de vida dos pacientes.
- Assim sendo, a próxima aula abordará os instrumentos e os procedimentos que dão suporte à implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico e as ferramentas de apoio ao desenvolvimento das atividades clínicas dos farmacêuticos.

Nesta aula, foram discutidas as etapas para o desenvolvimento do projeto de implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico, incluindo a criação da equipe de condução, a sensibilização e a pactuação da equipe, o diagnóstico situacional, a reorganização dos processos de trabalho, a definição do público-alvo, o fluxo de serviço e de atividades a serem realizadas, a definição dos instrumentos e dos procedimentos, a definição da estrutura necessária, a capacitação dos profissionais, a organização da agenda de atendimento farmacêutico, a definição das estratégias de avaliação e de monitoramento do serviço e a fase-piloto do serviço.

Após a realização destas etapas, o serviço de Cuidado Farmacêutico deverá estar implantado e funcionando de acordo com as necessidades da população atendida e da equipe envolvida, visando à melhoria do processo de uso de medicamentos, dos resultados em saúde e da qualidade de vida dos pacientes.

Assim sendo, a próxima aula abordará os instrumentos e os procedimentos que dão suporte à implantação/ampliação do serviço de Cuidado Farmacêutico e as ferramentas de apoio ao desenvolvimento das atividades clínicas dos farmacêuticos.

Referências

1. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 108 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 1).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 308 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 2).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Planejamento e implantação de serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 3).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Resultados do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 100 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Ccaderno 4).
5. Souza TT. Desenvolvimento de modelos de serviços de Cuidado Farmacêutico a pacientes polimedicados. Dissertação de Doutorado – Universidade Federal do Paraná. Curitiba; 2017. 343 p.
6. Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
7. Souza TT. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. Curitiba. Dissertação [Mestrado em Ciências Farmacêuticas] – Universidade Federal do Paraná; 2013. 326 p.

1. Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF), 25 set 2013; Seção 1:186-8.



Material complementar



- Vídeo sobre a Prática do Cuidado Farmacêutico nas Unidades de Saúde de Curitiba-PR. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bMI9CC5u8o0>
- Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas por farmacêuticos no SUS. Ano I, Número 1 – jul 2013. Brasília: CFF; 2013. 82 p.
- Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas por farmacêuticos no SUS. Ano I, Número 2 – jun 2014. Brasília: CFF; 2014. 136 p.
- Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas por farmacêuticos no SUS. Ano III, Número 3 – jul 2015. Brasília: CFF; 2015. 120 p.
- Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Experiências exitosas por farmacêuticos no SUS. ANO IV - Número 4 – dez 2016. Brasília: CFF; 2016. 192 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da política nacional de medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF), 10 nov. 1998; Seção 1, (215).
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF), 20 maio 2004; Seção 1:52-3.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

Aula 13 – Instrumentos e procedimentos de apoio para implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico

Tháís Teles de Souza
Rangel Ray Godoy

Ementa da aula

Esta aula aborda os instrumentos e os procedimentos que dão suporte durante a implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico e as ferramentas de apoio para o desenvolvimento das atividades clínicas dos farmacêuticos.



Objetivo de aprendizagem

identificar e de utilizar instrumentos e procedimentos de apoio necessários durante o processo de implantação do serviço de cuidado farmacêutico.



Introdução

Para a realização do serviço de Cuidado Farmacêutico, o profissional utilizará instrumentos, procedimentos e ferramentas de apoio que o auxiliarão na realização das suas ações.

Os instrumentos podem contemplar desde formulários para seleção do público-alvo, para avaliação do estado clínico das condições de saúde, para avaliação da adesão e da capacidade de gestão dos tratamentos do paciente e para automonitoramento dos pacientes, até formulário específico para a coleta e a organização dos dados do paciente e para registro dos problemas da farmacoterapia e do plano de cuidados.

Os procedimentos farmacêuticos podem incluir a verificação de parâmetros clínicos, como pressão arterial e glicemia capilar, e a organização dos medicamentos.

As ferramentas de apoio incluem bases de dados e aplicativos para busca de informações, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, livros e outros materiais para estudo e análise dos casos clínicos dos pacientes atendidos e para embasamento nos comitês para uso racional de medicamentos.

LEIA UM POUCO MAIS!

Caderno 2, da série “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica”¹.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Instrumentos

Características esperadas de um indicador

O formulário para seleção do público-alvo é aplicado antes do encaminhamento do paciente para o atendimento farmacêutico, podendo estar disponível nos consultórios (preenchido por outros profissionais, no caso de encaminhamento pela equipe), na farmácia (preenchido pelo técnico ou auxiliar, no caso de busca ativa) ou com agentes de saúde (no caso de busca ativa ou demanda espontânea).

Tal formulário ajuda a priorizar um perfil de paciente para o atendimento farmacêutico, porém não estabelece critérios de exclusividade, mas, sim, de priorização. Isso significa que mesmo os pacientes que não se enquadram nos quesitos também podem ser atendidos, dependendo da agenda, do fluxo estabelecido, entre outros fatores.

O público-alvo do serviço de cuidado farmacêutico, geralmente, é composto pelos pacientes que apresentam maior risco de ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia. Tais pacientes podem incluir:

- idosos;
- pacientes polimedicados (principalmente, utilizando cinco ou mais medicamentos diferentes por dia);
- pacientes que tratam várias doenças ou problemas de saúde, simultaneamente, com medicamentos;
- pacientes utilizando medicamentos com estreita faixa terapêutica;
- pacientes que foram internados uma ou mais vezes em hospital nos últimos seis meses;
- pacientes usando medicamentos de alto risco, como anticoagulantes;
- pacientes com problemas de adesão aos medicamentos, por qualquer motivo ou com maior risco de baixa adesão, como aqueles que iniciam novos tratamentos, especialmente os mais complexos;
- pacientes que deixaram de adquirir qualquer dos medicamentos prescritos, por conta do custo ou da dificuldade de acesso;
- pacientes que precisam ir a duas ou mais farmácias diferentes todos os meses para adquirir o seu tratamento completo;
- pacientes que possuem prescrições de medicamentos por dois ou mais médicos diferentes no último ano (quanto maior o número de médicos diferentes, maior o risco); e
- pacientes que apresentam algum problema na farmacoterapia previamente identificado^{1,2}.

A depender do local onde o serviço será implantado, do perfil do paciente do território, da demanda identificada no serviço e do fluxo do serviço, podem ser definidos critérios de seleção envolvendo dois ou mais desses fatores de risco para a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia. Um exemplo de formulário de seleção de público-alvo para o serviço de cuidado farmacêutico é apresentado no Quadro 10.

Quadro 10. Exemplo de formulário para seleção de pacientes para o serviço de cuidado farmacêutico

SELEÇÃO DE PACIENTES PARA O SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO		
Nome do paciente:	Data da seleção	
Utiliza mais que 5 medicamentos?	[] SIM	[] NÃO
Possui 2 ou mais doenças crônicas diagnosticadas?	[] SIM	[] NÃO
Tem dúvidas ou problemas com o uso dos seus medicamentos?	[] SIM	[] NÃO
Acha que algum medicamento não está fazendo efeito?	[] SIM	[] NÃO
Sente algum incômodo após o uso de algum medicamento?	[] SIM	[] NÃO
Foi internado nos últimos 6 meses?	[] SIM	[] NÃO
SELECIONADO PARA O SERVIÇO (Uso de mais de 5 medicamentos + 1 fator adicional)	[] SIM	[] NÃO
DATA E HORÁRIO DA PRIMEIRA CONSULTA:		

Fonte Ministério da Saúde

A Figura 11 apresenta um outro modelo de seleção de público-alvo para o serviço de cuidado farmacêutico.



Figura 11. Exemplo de seleção de público-alvo para o serviço de cuidado farmacêutico
Fonte: Ministério da Saúde¹.

Formulário para coleta e organização dos dados do paciente

A coleta de dados, normalmente, é a etapa mais longa e densa da consulta, sendo de extrema importância para fornecer subsídios aos processos de identificação de problemas relacionados à farmacoterapia e para definir um plano de cuidado factível e estruturado que atenda às necessidades do paciente. Além do relato do paciente, outras informações podem ser obtidas por meio de familiares e cuidadores, outros profissionais da saúde, dados de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas, histórico clínico do paciente – disponível no seu prontuário multiprofissional –, entre outros documentos pertencentes ao seu histórico clínico.

É importante confirmar e atualizar os dados que já estiverem presentes em outros documentos relativos à saúde do paciente e associar a outros dados que não foram investigados até o momento, para que a coleta dos dados seja a mais completa possível. É necessário, ainda, que o gestor local, junto com o farmacêutico clínico, determine o que deve estar presente no formulário.

O formulário de coleta de dados do serviço de cuidado farmacêutico deve fazer parte e ser anexado ao prontuário multiprofissional do paciente, de forma que todas as informações registradas pelo farmacêutico estejam disponíveis também para outros profissionais.

São coletados dados do perfil do paciente e as suas histórias clínicas e farmacoterapêutica. Essas informações são importantes para conhecer quem é o paciente, qual é o seu estado de saúde e a sua farmacoterapia, a fim de, por meio dessas informações, identificar problemas reais ou potenciais que podem ser resolvidos e prevenidos, a partir de intervenções realizadas com o paciente e/ou equipe de saúde.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Do perfil do paciente, podem ser coletados os seguintes dados: nome, origem, data de nascimento, idade, gênero, peso, altura, endereço, telefone, escolaridade, ocupação, limitações, com quem mora, cuidador, UBS e acesso a outros serviços de saúde. Alguns desses dados podem já estar presentes no prontuário do paciente, como nome, data de nascimento, idade, gênero e telefone. Nesse sentido, um exemplo de parte do formulário para coleta do perfil do paciente é apresentado no Quadro 11.

Quadro 11. Parte do prontuário do serviço de cuidado farmacêutico em Curitiba (PR) – Perfil do paciente

SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO	
PERFIL DO PACIENTE	
Unidade de Saúde:	Data e horário da 1ª consulta:t
Origem:	Local de atendimento: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio
Nome do paciente:	
Data de nascimento: Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Escolaridade:	Ocupação:
Telefone:	Peso: Altura: IMC:
Endereço:	
Com quem mora?	
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:	
Autonomia na gestão dos medicamentos: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar medicamentos sozinho	
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Fonte Ministério da Saúde


A história clínica inclui o motivo da consulta, a história da doença atual, a história médica pregressa, a história social, a história familiar e a revisão por sistemas. Na parte referente à história social, é importante aprofundar os detalhes sobre consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, atividade física e hábitos alimentares (Quadro 12).

Quadro 12. Parte do prontuário do serviço de cuidado farmacêutico em Curitiba (PR) – História social


HISTÓRIA SOCIAL							
Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Freqüência de uso: _____ Tempo de uso: _____							
Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)? _____ Quantidade/dia _____ Anos de uso _____ Anos/maço: _____							
Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Freqüência: _____ Sente algum incômodo? _____							
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

Fonte Ministério da Saúde


Na história clínica, o farmacêutico elenca todos os problemas de saúde do paciente (doenças diagnosticadas e queixas relatadas que não guardam relação com doenças diagnosticadas) e reúne informações sobre o estado clínico atual de cada um deles (parâmetros de controle, resultados de exames, sintomatologia), a fim de avaliar a necessidade, a efetividade e a segurança dos tratamentos. É realizada a avaliação da História da Doença Atual (HDA), de cada sinal e sintoma identificados na consulta. A HDA é uma descrição completa e minuciosa da queixa do paciente e é composta por sete elementos:




tempo (início, duração e freqüência dos sintomas);




localização (área precisa dos sintomas);




qualidade ou característica (termos descritivos específicos sobre o sintoma);




quantidade ou gravidade (leve, moderada ou grave);



ambiente (o que o paciente estava fazendo quando os sintomas ocorreram);



fatores que agravam e aliviam (fatores que fazem diminuir ou aumentar os sintomas);



sintomas associados (outros sintomas que ocorrem com os sintomas primários).

É analisado o sucesso terapêutico obtido por cada tratamento em uso pelo paciente, por intermédio do estado clínico atual dos problemas de saúde, verificando os parâmetros clínicos e laboratoriais que indicam se o objetivo terapêutico foi ou não alcançado. O Quadro 13, adiante, apresenta um modelo de formulário para registro da história clínica do paciente.

No tópico “Instrumentos para avaliação do estado clínico das condições de saúde” serão apresentados instrumentos específicos para avaliação do estado clínico das condições de saúde mais prevalentes.

Quadro 13. Parte do prontuário do serviço de cuidado farmacêutico em Curitiba (PR) – História clínica

PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração –, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados)	Estado Clínico Atual
1		
2		
3		
4		
5		

Fonte: Ministério da Saúde¹.

Na história farmacoterapêutica ou história de medicação, são coletados os medicamentos prescritos e não prescritos que o paciente está utilizando (nome, concentração, posologia prescrita, origem da prescrição, indicação, posologia utilizada, tempo de uso e efeito do medicamento na perspectiva do paciente), as questões relativas à adesão ao tratamento, capacidade de gestão dos medicamentos pelo paciente, reações adversas, dificuldades no uso dos medicamentos, acesso a medicamentos, alergias e terapias complementares. Dessa forma, devem ser coletadas as seguintes informações da farmacoterapia atual:

- **Princípio ativo/concentração:** nome do princípio ativo e a concentração.
- **Posologia prescrita:** dose e frequência do tratamento prescrito. Se for automedicação, registrar como não aplicável (NA).
- **Origem da prescrição: quem prescreveu.** Não é preciso escrever o nome do prescritor, apenas identificar a origem, como UBS, USF ou UPA, para pontos de atenção primária; cardiologista, pneumologista etc., para identificar médicos especialistas; ou Automed, para identificar automedicação.
- **Para que você utiliza?** Investigar se o paciente conhece a indicação de cada medicamento.
- **Tempo de uso:** há quanto tempo o paciente utiliza essa medicação, em anos, meses ou dias.
- **Como este medicamento funciona para você?** Avaliar a percepção do paciente sobre o funcionamento de cada medicamento. Funciona Bem (1); Funciona Regular (2); Não Funciona Bem (3); Não Sabe (9).

- Posologia utilizada: registrar como os medicamentos se encaixam na rotina do paciente. Perguntar como o paciente utiliza cada medicamento (quantos comprimidos daquele determinado medicamento, em quais horários do dia e se antes ou depois das refeições) e, posteriormente, perguntar de uma forma geral como ele administra todos os medicamentos durante o dia (a ordem que ele vai utilizando todos os medicamentos e a sua relação com os horários das refeições). Registre no horário respectivo o número de comprimidos, unidades (UI) ou mililitros (ml) que o paciente administra a cada vez. Para medicamentos usados se necessário (SN), não é preciso registrar horários específicos, pois não há uma rotina diária de medicação, registram-se apenas o número de comprimidos e a frequência na coluna SN. Para registrar a posologia utilizada, esteja atento às legendas: A = 30-60 min antes da refeição; D = Durante ou logo após a refeição; e HD = Hora de dormir.

O Quadro 14 apresenta um exemplo de registro da farmacoterapia atual do paciente.

Quadro 14. Parte do prontuário do serviço de cuidado farmacêutico em Curitiba (PR) – História clínica

FARMACOTERAPIA ATUAL

Princípio ativo/Concentração	Posologia Prescrita	Origem da descrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada										Tempo de uso	Como funciona para você?
				Café		Almoço		Lanche		Janta		HD	SN		
				A	D	A	D	A	D	A	D	-	-		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Fonte: Ministério da Saúde¹.

No tópico “Instrumentos para avaliação da adesão e da capacidade de gestão dos tratamentos do paciente” serão apresentados instrumentos para avaliação da adesão e da capacidade de gestão dos tratamentos do paciente.

O rastreamento de reações adversas pode ser feito em duas partes. Primeiro, questionando-se, de forma aberta, se algum dos medicamentos do paciente o incomoda, por meio de uma pergunta extraída do instrumento Brief Medication Questionnaire (BMQ)³.

Depois, perguntando, também de forma aberta, separadamente, sobre a lista dos sintomas mais comuns que podem ser causados por medicamentos em atenção primária à saúde⁴. Esta lista funciona como uma revisão por sistemas. Em caso de resposta afirmativa para algum sintoma, deve-se registrar o problema na lista de problemas de saúde do paciente e efetuar uma anamnese da HDA, para avaliar se é, realmente, uma reação adversa ou não. O Quadro 15 apresenta um modelo de registro do rastreamento de reações adversas a medicamentos.

Quadro 15. Parte do prontuário do serviço de cuidado farmacêutico em Curitiba (PR) – Rastreamento de reações adversas

ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [] Não [] Sim				
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	De que forma incomoda?

ESTÁ SENTINDO OU SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?				
[] Não [] Sim	[] Problema gastrointestinal [] Tontura/Desequilíbrio [] Incontinência/Problema urinário	[] Problema sexual [] Dor muscular	[] Fadiga/Cansaço [] Mudança no humor	

Fonte: Ministério da Saúde¹.

Outro ponto também importante é investigar possíveis dificuldades que os pacientes possam apresentar com os seus medicamentos. Isso pode ser feito por meio de uma parte do formulário BMQ³ (Quadro 16). O farmacêutico irá citar possíveis dificuldades e investigar o grau de dificuldade que ele tem com relação àquele ponto. Caso o paciente tenha alguma dificuldade (“muito difícil” ou “pouco difícil”), deve-se registrar o(s) medicamento(s) envolvido(s). Caso a dificuldade esteja relacionada a todos os medicamentos, e não a um específico, essa informação também deve ser registrada.

Quadro 16. Parte do prontuário do serviço de Cuidado Farmacêutico em Curitiba (PR) – Dificuldades do paciente com os seus medicamentos

AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM OS SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo o remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo				

As questões relacionadas às terapias complementares devem ser coletadas quanto ao tipo de terapia, à indicação, à frequência de utilização e ao modo de preparo/utilização. Faz-se importante lembrar que fitoterápicos industrializados devem ser registrados da mesma forma e no mesmo local que os demais medicamentos. O Quadro 17 apresenta um modelo de registro das terapias complementares.

TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES (Acupuntura, Homeopatia, Chás, Remédios Caseiros)			
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/ utilização

Quadro 17. Parte do prontuário do serviço de cuidado farmacêutico em Curitiba (PR) – Terapias complementares
Fonte: Ministério da Saúde¹.

Também é importante que seja coletado o histórico de alergias, a medicamentos ou a alimentos, conhecidas pelo paciente. O Quadro 18 apresenta um modelo de registro do histórico de alergias.

ALERGIAS	
Alergias conhecidas	Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>

Quadro 18. Parte do prontuário do serviço de cuidado farmacêutico em Curitiba (PR) – Histórico de alergias
Fonte: Ministério da Saúde¹.

Para avaliação do acesso aos medicamentos, é necessário investigar os locais onde o paciente retira medicamentos em um mês típico, quanto o paciente gasta mensalmente com medicamentos e se ele tem alguma dificuldade de acesso aos medicamentos. O Quadro 19 apresenta um exemplo de registro de acesso aos medicamentos.

ACESSO AOS MEDICAMENTOS		
Setor público	Setor privado	Quanto gasta com medicamentos, mensalmente?
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas	_____
<input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular	<input type="checkbox"/> Farmácias magistrais	_____
<input type="checkbox"/> F. comunitária pública	<input type="checkbox"/> Programa “Aqui tem	Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> F. especial/ambulatorial	Farmácia Popular”	_____

Quadro 19. Parte do prontuário do serviço de cuidado farmacêutico em Curitiba (PR) – Acesso a medicamentos
Fonte: Ministério da Saúde¹.

IMPORTANTE!

Para uma coleta de dados bem-feita, é importante que o farmacêutico se utilize dos conhecimentos de semiologia e comunicação, a fim de obter informações fidedignas que subsidiem a completa identificação de problemas relacionados à farmacoterapia e, assim, delimitar um plano de cuidado factível e estruturado que atenda às necessidades do paciente.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Instrumentos para avaliação do estado clínico das condições de saúde

Para avaliação do estado clínico das condições de saúde, faz-se relevante serem definidos os parâmetros para monitoramento e a frequência de monitoramento. O Quadro 20 apresenta um modelo de lista de parâmetros para avaliação das condições de saúde mais prevalentes.

ACESSO AOS MEDICAMENTOS		
Diabetes Mellitus (DM)	<ol style="list-style-type: none"> Hemoglobina Glicada (HbA1C) Glicemia de jejum – laboratorial Glicemia capilar no consultório Avaliação de doenças macro e microvascular Sintomatologia (poliúria, polidipsia, cetoacidose, fraqueza, vista embaçada ou turvação visual, sonolência, aumento de apetite, perda de peso, infecções de pele) Diário glicêmico 	<p>1 e 2: na 1ª consulta e a cada 3 meses até alcançar controle; depois do controle, a cada 6 meses.</p> <p>3, 4 e 5: em todas as consultas.</p> <p>6: na 1ª consulta e a cada 3 meses; e após mudanças no tratamento ou queixas importantes.</p>
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	<ol style="list-style-type: none"> Pressão Arterial no consultório (média das 2 últimas de 3 aferições) Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA) Automedida da Pressão Arterial (AMPA) 	<p>1: em todas as consultas.</p> <p>2 ou 3: na 1ª consulta e a cada 3 meses; e após mudanças no tratamento ou queixas importantes.</p>
Dislipidemia	<ol style="list-style-type: none"> Perfil lipídico (Colesterol Total, LDL-C, HDL-C, Triglicerídeos) 	<p>1: na 1ª consulta e a cada 6 meses em pacientes com baixo risco cardiovascular ou 3 meses em pacientes com risco intermediário a alto.</p>
Insuficiência Cardíaca Congestiva	<ol style="list-style-type: none"> Sintomatologia (fadiga, dispneia, tolerância ao exercício, edema) Descompensação (reinternamentos) Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) 	<p>1 e 2: em todas as consultas.</p> <p>3: na 1ª consulta e sempre que possível.</p>
Doença Arterial Coronariana (DAC)	<ol style="list-style-type: none"> Sintomatologia (precordialgia, tolerância ao exercício) Reinternamentos por eventos isquêmicos Perfil lipídico (Colesterol Total, LDL-C, HDL-C, Triglicerídeos) 	<p>1 e 2: em todas as consultas.</p> <p>3: na 1ª consulta e a cada 6 meses.</p>
Valvulopatias	<ol style="list-style-type: none"> Sintomatologia (fadiga, dispneia, tolerância ao exercício, edema) Reinternamentos RNI (relação de normalização internacional) HAS-BLED (escore de risco de sangramento) 	<p>1 e 2: em todas as consultas.</p> <p>3: na 1ª consulta e sempre que possível (no mínimo, a cada mês).</p> <p>4: na 1ª consulta e sempre que necessário.</p>
Arritmias	<ol style="list-style-type: none"> Sintomatologia (Palpitações, Síncope e Pré-síncope) Reinternamentos 	<p>1 e 2: em todas as consultas.</p>
Fibrilação Atrial e Flutter	<ol style="list-style-type: none"> Sintomatologia (palpitações, sensação de pulso rápido, acelerado, intenso, agitado, irregular, ou lento demais, falta de ar, confusão vertigem, tontura, desmaio, fadiga e tolerância ao exercício) Eventos tromboembólicos Reinternamentos Relação de Normalização Internacional (RNI) HAS-BLED (escore de risco de sangramento) CHA2DS2VASc escore de risco de eventos embólicos) 	<p>1, 2 e 3: em todas as consultas.</p> <p>4: na 1ª consulta e sempre que possível (no mínimo, a cada mês).</p> <p>5 e 6: na 1ª consulta e sempre que necessário.</p>

Continua...

Acidente Vascular Cerebral (AVC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eventos tromboembólicos 2. Reinternamentos 3. RNI (relação de normalização internacional) 4. HAS-BLED (escore de risco de sangramento) 5. CHADS2vasc (escore de risco de eventos embólicos) 	<p>1 e 2: em todas as consultas. 3: na 1ª consulta e sempre que possível (no mínimo, a cada mês). 4 e 5: na 1ª consulta e sempre que necessário.</p>
Angina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomatologia (precordialgia, tolerância ao exercício) 2. Reinternamentos 	1 e 2: em todas as consultas.
Miocardites, Endocardites e Pericardites	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomatologia (fadiga, dor no peito, falta de ar, tolerância ao exercício, edema) 2. Reinternamentos 	1 e 2: em todas as consultas.
Insuficiência Renal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Reinternamentos 3. Creatinina sérica 4. Clearance de creatinina 5. Concentração de Ureia 6. Taxa de Filtração Glomerular (TFG) 7. Proteinúria 8. Albuminúria 9. Relação albumina/creatinina ou proteína/creatinina 10. Exame dos rins por imagem, geralmente por ultrassom 	<p>1 e 2: em todas as consultas. 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9: na 1ª consulta e sempre que possível (no mínimo, a cada 6 meses). 10: na 1ª consulta e a cada ano.</p>
Miocardopatias	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomatologia (dor no peito, vertigem, fadiga, palpitações, falta de ar, tolerância ao exercício, edema) 2. Reinternamentos 	1 e 2: em todas as consultas.
Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomas obstrutivos (jato fraco, esforço miccional, jato interrompido, hesitação, gotejamento, incontinência, esvaziamento) e sintomas irritativos (urgência, polaciúria, dor suprapúbica, noctúria, miccional, paradoxal, vesical incompleto) 2. <i>International Prostatic Symptoms Score</i> (IPSS) 3. Avaliar início e evolução dos sintomas, antecedentes cirúrgicos, história familiar de câncer prostático, disfunção sexual, hematúria, infecções do trato urinário, doenças neurológicas, diabetes, estenose uretral, retenção urinária prévia e cálculo vesical 4. Dosagem do Antígeno Prostático Específico (PSA) 5. Exame de urina (elementos anormais e sedimentoscopia) 6. Avaliar o resultado do exame físico (EF) e do exame digital da próstata (EDP) 	<p>1, 2 e 3: em todas as consultas. 4, 5 e 6: na 1ª consulta e sempre que necessário.</p>
Hipotireoidismo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH); Triiodotironina (T3); Tiroxina Livre (T4 Livre) 2. Sinais e sintomas (cansaço, fraqueza, sensação de frio, queda de cabelo, dificuldade de concentração e memória precária, prisão de ventre, aumento de peso com apetite precário, dispneia, voz rouca, menorragia, parestesia, audição prejudicada, pele áspera e seca, extremidades periféricas frias, face, mãos e pés inchados (mixedema), alopecia difusa, bradicardia, edema periférico, relaxamento retardado dos reflexos tendinosos, síndrome do túnel do carpo e derrames serosos das cavidades) 	<p>1. na 1ª consulta e a cada 6 meses; e após 6 semanas do início do tratamento ou alteração de dose. 2. em todas as consultas.</p>

continuação

Asma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomatologia (chiado, tosse, falta de ar, dor ou aperto no peito) 2. Sintomas noturnos 3. Recorrência de crises 4. Necessidade de uso do inalador de emergência ou nebulizador (quantas vezes precisou utilizar no mês) 5. Pico de Fluxo Expiratório (PFE) 6. Função pulmonar (espirometria) 	<p>1, 2, 3, 4 e 5: em todas as consultas. 6: na 1ª consulta e a cada ano em pacientes com asma leve a moderada e a cada 6 meses em pacientes com asma grave.</p>
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sintomatologia (tosse, secreção, sibilos, falta de ar, dor ou aperto no peito, cianose, edema, diminuição do estado de alerta) e duração do quadro de piora dos sintomas 2. Números de episódios prévios (exacerbações e hospitalizações) 3. Oximetria 4. Espirometria 	<p>1 e 2: em todas as consultas. 3 e 4: na 1ª consulta e anualmente.</p>
Artrite Reumatoide	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de articulações edemaciadas 2. Número de articulações dolorosas 3. Número de nódulos reumatoides 4. Avaliação da mobilidade articular/rigidez matinal e da capacidade funcional 5. Pesquisa de manifestações extra-articulares (nódulos reumatoides, doença pulmonar intersticial, serosites, inflamação ocular e vasculites) 6. Avaliação da intensidade da dor (EVA – Dor) 7. Provas de atividade inflamatória (VHS e PCR) 8. Fator Reumatoide (FR)/Anti-CCP 9. Alterações radiográficas (erosões ou descalcificações localizadas em radiografias de mãos e punhos, pés e tornozelos, outras articulações acometidas) 	<p>1, 2, 3, 4 e 5: em todas as consultas. 6: na 1ª consulta e a cada 3 consultas (1ª, 4ª, 7ª, 10ª,...) 7: na 1ª consulta e mensalmente. 8 e 9: na 1ª consulta e anualmente.</p>
Fibromialgia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação da sintomatologia (dor, fadiga, distúrbios do sono, rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema, ansiedade, depressão e distúrbios cognitivos) 2. Escala Visual Analógica (EVA – Dor) 3. <i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-9) (quando sintomas de depressão estiverem presentes) 	<p>1: em todas as consultas. 2 e 3: na 1ª consulta e a cada 3 consultas (1ª, 4ª, 7ª, 10ª,...).</p>

Depressão	<p>1. Recorrência e intensidade dos sintomas fundamentais (humor deprimido, perda de interesse, fadigabilidade) e dos sintomas acessórios (concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e de inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, sono perturbado, apetite diminuído)</p> <p>2. Avaliação por meio da escala PHQ-9</p>	<p>1: em todas as consultas. 2: na 1ª consulta e a cada 3 consultas (1ª, 4ª, 7ª, 10ª,...).</p>
Ansiedade	<p>1. Recorrência de episódios e intensidade dos sintomas (fadiga, insônia, falta de ar, formigamento, confusão, instabilidade, dor no peito, palpitações, sudorese, boca seca, tremores, tensão muscular, vertigem, náusea e vômitos incontroláveis)</p> <p>2. Avaliação por meio da escala do Inventário da Ansiedade Beck (BAI)</p>	<p>1: em todas as consultas. 2: na 1ª consulta e a cada 3 consultas (1ª, 4ª, 7ª, 10ª,...).</p>

Quadro 20. Parâmetros de avaliação das condições de saúde
Fonte: Souza⁶.

LEMBRE-SE!

Para avaliação de cada condição de saúde do paciente, existem sinais e sintomas a serem avaliados. Adicionalmente, em alguns casos, existem, também, instrumentos que podem ser aplicados, para que a avaliação seja a mais completa possível.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Fonte: "Imagens - Freepik ©"

O Quadro 21 apresenta um instrumento para avaliação da depressão, o PHQ-9.

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO PACIENTE (PHQ-9)

NOME:

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as atividades.	0	1	2	3
2. Sentir-se “para baixo”, deprimido(a) e/ou sem perspectiva.	0	1	2	3
3. Dificuldade de pegar no sono e/ou de permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume.	0	1	2	3
4. Sentir-se cansado(a) e/ou com pouca energia.	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais.	0	1	2	3
6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) ou achar que você é um fracasso e/ou que decepcionou a sua família ou você mesmo(a).	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas atividades, como ler o jornal e ver televisão.	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou o oposto, estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira e/ou que seria melhor estar morto(a).	0	1	2	3
For Office Coding 0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____				

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar o seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas:

[] Nenhuma Dificuldade [] Alguma Dificuldade [] Muita Dificuldade [] Extrema Dificuldade

Quadro 21. Instrumento para avaliação da depressão – Patient Health Questionnaire (PHQ-9).
Fonte: Osório, Mendes, Crippa e Loureiro⁶.

SAIBA MAIS!

É importante que você estude os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas das condições de saúde apresentadas pelos seus pacientes atendidos no serviço de cuidado farmacêutico.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Instrumentos para avaliação da adesão e da capacidade de gestão dos tratamentos do paciente

A avaliação da adesão ao tratamento pode ser realizada por meio de diferentes estratégias. A melhor forma de avaliar a adesão ao tratamento é por meio de uma conversa aberta e franca com o paciente, tendo empatia e sem julgá-lo. Primeiramente, é necessário conhecer, da forma mais completa possível, como este indivíduo realiza o tratamento. Além de conhecer como os medicamentos foram prescritos e como o paciente foi orientado a fazer, é importante conhecer como ele realmente faz, a sua rotina de medicação, o seu padrão de utilização dos medicamentos e a sua motivação em cumprir o tratamento.

É importante, também, conhecer o que pode estar influenciando na adesão do paciente ao tratamento e em possíveis problemas que possam estar acontecendo (Figura 12).



Figura 12. Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento.
Fonte: bem, Neumann e Mengue3 e Weingart et al.4. / Fonte: "Imagens - Freepik ©"

O instrumento *Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)* (Quadro 22) foi desenvolvido por Kripalani, Risser, Gatti e Jacobson, publicado em 2009⁷, para avaliar a adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas e com baixo letramento em saúde. Consiste em um questionário com 12 perguntas aplicadas ao paciente ou ao cuidador, durante a consulta, sendo que, quanto menor a soma final (mínimo 12), melhor é a adesão mensurada pelo instrumento⁷.

ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)

Com que frequência você:	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
T1. Esquece de tomar os seus medicamentos?	[1]	[2]	[3]	[4]
T2. Decide não tomar os seus medicamentos naquele dia?	[1]	[2]	[3]	[4]
R3. Esquece de ir à farmácia pegar os seus medicamentos?	[1]	[2]	[3]	[4]
R4. Deixa acabar os seus medicamentos?	[1]	[2]	[3]	[4]
T5. Deixa de tomar o seu medicamento porque vai a uma consulta médica?	[1]	[2]	[3]	[4]
T6. Deixa de tomar o seu medicamento quando se sente melhor?	[1]	[2]	[3]	[4]
T7. Deixa de tomar o seu medicamento quando se sente mal ou doente?	[1]	[2]	[3]	[4]
T8. Deixa de tomar o seu medicamento quando está mais descuidado consigo mesmo?	[1]	[2]	[3]	[4]
T9. Muda a dose do o seu medicamento por alguma necessidade? (como quando você toma mais ou menos comprimidos do que deveria tomar)	[1]	[2]	[3]	[4]
T10. Esquece de tomar o medicamento quando tem que tomar mais de uma vez ao dia?	[1]	[2]	[3]	[4]
R11. Deixa de adquirir o seu medicamento por causa do preço muito caro?				
R12. Antecipa-se e busca o seu medicamento na farmácia, antes mesmo de acabar o seu medicamento em casa?	[4]	[3]	[2]	[1]
SOMATÓRIA TOTAL: /48 Melhor adesão = 12 / Pior Adesão = 48	SOMA T: /32 Melhor = 8 / Pior = 32		SOMA R: /16 Melhor = 4 / Pior = 16	

Quadro 22. Instrumento Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS).
Fonte: Kripalani et al.⁷.

O instrumento Beliefs About Medications (BMQ 1) (Quadro 23), desenvolvido por Salgado e colaboradores, conforme publicação de 2013⁸, auxilia a mensuração de crenças comumente associadas a doenças e à medicação e as suas relações com o comportamento do próprio paciente. Tal instrumento avalia a percepção do paciente da necessidade do tratamento (N) e as suas preocupações frente ao tratamento (P). Valores de razão de BMQ (%N / %P) maiores que 1,0 representam boa compreensão da necessidade de aderir à terapia⁸.

BELIEFS ABOUT MEDICATIONS (BMQ)

Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	Concordo	Não tenho certeza	Discordo
N1 – Atualmente, a minha saúde depende desses medicamentos	[3]	[2]	[1]
P1 – Ter que tomar esses medicamentos me preocupa.	[3]	[2]	[1]
R3. Esquece de ir à farmácia pegar os seus medicamentos?	[3]	[2]	[1]
N2 – A minha vida seria impossível sem esses medicamentos.	[3]	[2]	[1]
P2 – Às vezes, os efeitos em longo prazo desses medicamentos me preocupam.	[3]	[2]	[1]
N3 – Sem esses medicamentos, eu estaria muito doente.	[3]	[2]	[1]
P3 – Esses medicamentos são um mistério para mim.	[3]	[2]	[1]
N4 – A minha saúde, no futuro, dependerá desses medicamentos	[3]	[2]	[1]
P4 – Esses medicamentos perturbam a minha vida.	[3]	[2]	[1]
P5 – Às vezes, me preocupo em ficar muito dependente desses medicamentos.	[3]	[2]	[1]
N5 – Esses medicamentos me protegem de ficar pior.			
P6 – Esses medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis.	[3]	[2]	[1]
SOMATÓRIA NECESSIDADE: /15	Escala 0-100:	N	=
SOMATÓRIA PREOCUPAÇÃO: /18	Escala 0-100:	P	
Algum(uns) medicamento(s) problemático(s)?			
[] Sim [] Não Quais/por quê:			

Quadro 23. Instrumento Beliefs About Medications (BMQ 1)
Fonte: Salgado et al.⁸.

“Outra forma de avaliar a adesão ao tratamento é por meio da aplicação do instrumento Brief Medications Questionnaire (BMQ 2), desenvolvido por Svarstad, Chewing e Sleath⁹.”

Um outro instrumento adaptado do instrumento desenvolvido por Sackett, Hayne e Gibson¹⁰ e Morisky, Green e Levine¹¹ também pode ser utilizado para avaliar a adesão ao tratamento (Quadro 24). Estes instrumentos, quando aplicados de forma isolada, possuem baixo poder preditivo para identificar não adesão, mas podem auxiliar o farmacêutico na construção de sua anamnese. As questões referentes a esses instrumentos, quando utilizadas em conjunto com uma coleta acurada da rotina de medicação do paciente, do seu conhecimento sobre os medicamentos e de sua experiência de medicação, ajudam a complementar a avaliação farmacêutica.

ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar os seus comprimidos. Você tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, você deixou de tomar os seus medicamentos?

Você já esqueceu alguma vez de tomar os seus medicamentos?	[] Não	[] Sim
Você toma os seus medicamentos na hora indicada?	[] Não	[] Sim
Quando você se encontra bem, deixa de tomar os seus medicamentos?	[] Não	[] Sim
Quando você se sente mal, deixa de tomar os seus medicamentos?	[] Não	[] Sim

Quadro 24. Prontuário do serviço de clínica farmacêutica – Adesão ao tratamento
 Fonte: Adaptado de Sackett, Hayne e Gibson¹⁰ e Morisky, Green e Levine¹¹.

ATENÇÃO!

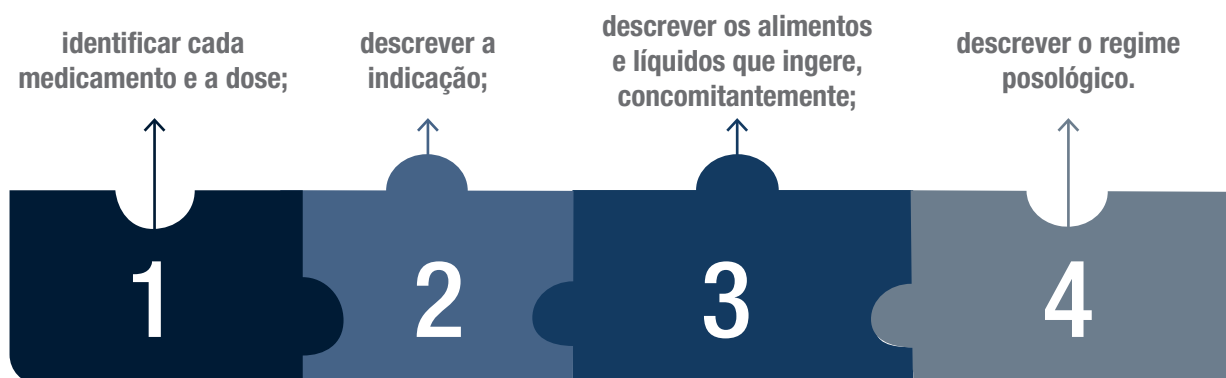
Para avaliar a adesão ao tratamento da maneira adequada, é preciso adotar uma abordagem centrada no paciente, e não o julgar ou o culpar por tomar os medicamentos de forma diferente do que foi prescrito.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

A avaliação da capacidade de gestão dos medicamentos pelo paciente pode ser realizada por meio da análise da autonomia do paciente, diante do tratamento e da análise das suas habilidades, dos seus conhecimentos e das suas atitudes.

Adicionalmente, existem instrumentos que podem complementar essa avaliação. Um destes instrumentos é o MedTake¹², que prediz a capacidade do paciente de tomar corretamente os seus próprios medicamentos orais e avalia a execução das seguintes quatro tarefas com cada um dos medicamentos:



O escore é de 100 e cada medicamento pontua 4 pontos, sendo 1 para cada resposta correta. A pontuação é, então, convertida para um resultado percentual. O escore composto é a pontuação média global. Por ser um escore dependente do número de medicamentos utilizados, considerou-se o valor relativo (%), onde 100% é a melhor pontuação¹².

CAPACIDADE DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS

AUTONOMIA

No que diz respeito ao uso dos medicamentos:

[] Toma medicamentos sem assistência [] Necessita de lembretes ou de assistência [] Incapaz de tomar sozinho

OBS.: se o paciente for incapaz de tomar sozinho, o próximo MedTake (teste) deve ser aplicado ao cuidador.

MEDTAKE

Avaliar a execução das seguintes atividades para cada medicamento: 0 – Incorreta / 1 – Correta	Identificação do medicamento e da dose	Descrição da indicação	Coingestão com alimentos e líquidos	Descrição do regime posológico
Med 1:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 2:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 3:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 4:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 5:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 6:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 7:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 8:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 9:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 10:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 11:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 12:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 13:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 14:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Med 15:	[0][1]	[0][1]	[0][1]	[0][1]
Número de medicamentos utilizados pelo paciente:	Somatória total dos pontos:			
	Conversão para escore de 100 pontos:			

Quadro 25. Instrumento MedTake.
Fonte: Raehl, Bond, Woods, Patry e Sleeper¹².

Instrumentos para avaliação da percepção geral de saúde e da qualidade de vida dos pacientes

Para que o cuidado farmacêutico seja realmente integral, além da avaliação dos desfechos clínicos e econômicos, é de extrema importância a avaliação dos desfechos humanísticos, como a qualidade de vida e a percepção geral da saúde, os quais são expressos na perspectiva do paciente.

Existem, na literatura, diferentes instrumentos para avaliação da qualidade de vida e da percepção geral de saúde do paciente. Entretanto uma forma rápida e com bons resultados na prática clínica para a avaliação da percepção geral de saúde (PGS) e da qualidade de vida (QV) é realizada solicitando que o paciente atribua uma nota de 0 a 10 à sua saúde e à sua qualidade de vida, respectivamente, sendo 0 a pior saúde/qualidade de vida imaginável e 10 a melhor. Esta avaliação pode ser complementada com Escalas Visuais Analógicas (EVA) (Figuras 13 e 14). Adicionalmente, deve-se investigar e registrar o motivo da nota (Figura 15).

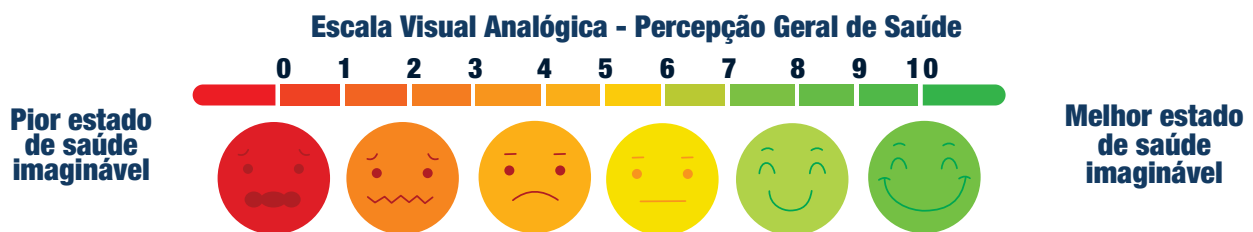


Figura 13. Avaliação da Percepção Geral de Saúde (PGS) do paciente por meio de Escala Visual Analógica (EVA) / Fonte: Ministério da Saúde¹.

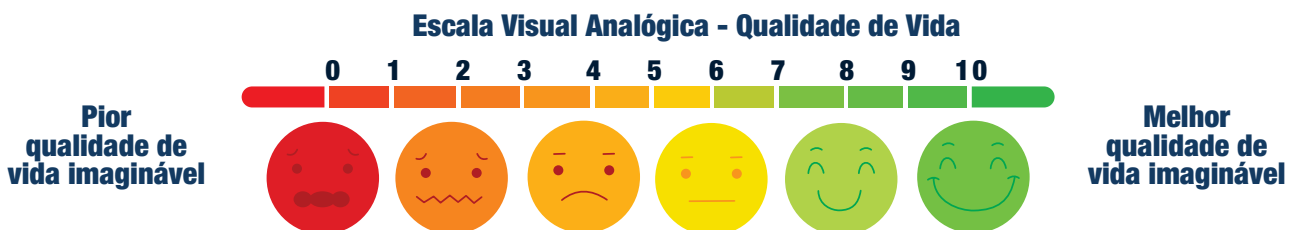


Figura 14. Avaliação da Qualidade de Vida (QV) do paciente por meio de Escala Visual Analógica (EVA) / Fonte: Ministério da Saúde¹.

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE	
Nota:	Motivo:
QUALIDADE DE VIDA	
Nota:	Motivo:

Figura 15. Registro da avaliação da percepção geral de saúde e da qualidade de vida do paciente / Fonte: Ministério da Saúde¹.

Instrumentos para automonitoramento dos pacientes

No serviço de cuidado farmacêutico, muitas vezes, pode ser necessário o uso de instrumentos para automonitoramento dos pacientes. O Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA) e o diário glicêmico são exemplos de instrumentos para automonitoramento, os quais são apresentados nos Quadros 26 e 27, respectivamente.

MONITORAMENTO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MRPA)				
NOME:				
DIA	HORÁRIO	VALORES MANHÃ	HORÁRIO	VALORES ANOITECER
DIA 1 ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
DIA 2 ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
DIA 3 ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
DIA 4 ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
DIA 5 ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	___ : ___	Medida 1: Medida 2: Medida 3:

INSTRUÇÕES

- É recomendada a realização das aferições da PA em dois momentos: pela manhã e ao entardecer/anoitecer.
- Devem ser realizadas três aferições pela manhã e três medidas ao entardecer/anoitecer, com intervalos de um minuto entre as aferições.
- Realizar as aferições por, no mínimo, cinco dias consecutivos.
- Antes das aferições, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos cinco minutos em repouso e estar há 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos.
- Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da aferição.
- No momento da aferição, deve-se ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas, braço colocado sobre uma mesa e palma da mão voltada para cima.
- Colocar o manguito no braço no nível do coração.
- Durante a aferição, não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar.
- Anotar o horário e o valor de cada aferição.

Quadro 26. Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA)

Fonte: Nobre et al.¹³.

DIÁRIO GLICÊMICO

NOME:							
DATA DE INÍCIO DO MONITORAMENTO: ____ / ____ / ____							
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
Jejum							
Após o café							
Antes do almoço							
Após o almoço							
Antes do jantar							
Após o jantar							
Hora de dormir							

Observações *

* Atividades fora da rotina, como festas, atividades físicas incomuns, jantares ou almoços diferentes, etc.

INSTRUÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE GLICEMIA

1. Lavar e secar as mãos.
2. Preparar o lancetador com a lanceta.
3. Inserir a tira-teste com as barras de contato voltadas para cima na abertura de inserção do sensor.
4. O sensor, automaticamente, mostrará que já pode se colocar a gota de sangue.
5. Fazer a punção na lateral do dedo, usando um dispositivo de lancetagem recomendado, para obter a amostra de sangue adequada.
6. Quando o dispositivo indicar para colocar o sangue (desenho de uma gota piscando na tela), tocar a gota de sangue na área alvo da tira-teste até que a janela de confirmação esteja totalmente completa com sangue (a análise começará imediatamente).
7. Observar o resultado após alguns segundos e registrar o resultado obtido no diário glicêmico.
8. Retirar a tira do medidor e descartá-la. Descartar a lanceta. Desligar o medidor.

Quadro 27. Diário glicêmico

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes¹⁴.

Registro dos problemas relacionados à farmacoterapia e das intervenções farmacêuticas

A identificação de problemas relacionados à farmacoterapia é realizada por meio da avaliação dos dados de perfil do paciente, da história clínica e da história de medicação do paciente. O farmacêutico realiza a avaliação sistemática dos problemas relacionados à farmacoterapia do paciente e elabora um plano de cuidados com intervenções para resolução e prevenção dos problemas identificados, auxiliando os pacientes na gestão dos seus tratamentos e no alcance de resultados terapêuticos ótimos, minimizando os riscos e maximizando os benefícios do uso dos medicamentos. É importante o registro de todos os problemas e intervenções. Tal registro pode ser realizado de formas aberta ou fechada (por meio de uma lista objetiva).

Os Quadros 28 e 29 apresentam modelos de registros dos problemas relacionados à farmacoterapia e das intervenções farmacêuticas, respectivamente.

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA

PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO (registrar o medicamento envolvido)

- Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado
- Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida
- Prescrição em subdose
- Prescrição em sobredose
- Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada
- Frequência ou horários de administração prescritos inadequados
- Duração do tratamento prescrita inadequada
- Interação medicamento-medicamento
- Interação medicamento-alimento
- Condição clínica sem tratamento
- Necessidade de medicamento adicional
- Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva
- Outros problemas de seleção e de prescrição

ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO (registrar o medicamento envolvido)

- Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente
- Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente
- Técnica de administração do paciente incorreta
- Forma farmacêutica ou via de administração incorreta
- Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária
- Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta
- Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente
- Continuação indevida do medicamento pelo paciente
- Redução abrupta de dose pelo paciente
- Paciente não iniciou o tratamento
- Uso abusivo do medicamento
- Automedicação indevida
- Outros problemas de administração ou adesão não especificados

Outros problemas de administração ou adesão não especificados

- Dispensação de medicamento incorreto
- Dispensação de dose incorreta
- Dispensação de forma farmacêutica incorreta
- Dispensação de quantidade incorreta
- Medicamento em falta no estoque (não dispensado)
- Outros erros de dispensação ou de manipulação não especificados

DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE (registrar o medicamento envolvido)

- Omissão de medicamento prescrito
- Medicamentos discrepantes
- Duplicidade terapêutica entre prescrições
- Doses discrepantes
- Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes
- Duração de tratamentos discrepantes
- Outras discrepâncias não especificadas

Continua...

continuação

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA**PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA**

- Desvio de qualidade aparente
- Uso de medicamento vencido
- Armazenamento incorreto
- Outros problemas relacionados à qualidade

MONITORIZAÇÃO (registrar o monitoramento necessário)

- Necessidade de monitoramento laboratorial
- Necessidade de monitoramento não laboratorial
- Necessidade de automonitoramento

TRATAMENTO NÃO EFETIVO (registrar o medicamento envolvido)

- Tratamento não efetivo com causa identificada
- Tratamento não efetivo sem causa definida

REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO (registrar o medicamento envolvido)

- Reação adversa dose-dependente (tipo A)
- Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)
- Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)
- Reação retardada/Teratogênese (tipo D)
- Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)
- Reação adversa não especificada

INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS (registrar o medicamento envolvido)

- Overdose/Intoxicação medicamentosa acidental
- Overdose/Intoxicação medicamentosa intenciona

() Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento

Quadro 28. Lista de problemas relacionados à farmacoterapia utilizada para registro no serviço de cuidado farmacêutico de Curitiba (PR)
Fonte: Ministério da Saúde¹.

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS**Informação e aconselhamento**

- Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico
- Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral
- Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas
- Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica
- Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral
- Aconselhamento sobre automonitoramento da doença
- Outro aconselhamento não especificado

Provisão de materiais e elaboração de parecer:

- Lista atualizada dos medicamentos em uso
- Calendário posológico de medicamentos
- Parecer farmacêutico ao médico e à equipe de saúde
- Material educativo impresso/Panfleto
- Diário para automonitoramento
- Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento
- Dispositivo para automonitoramento (por exemplo, glucosímetro)

Monitoramento

- Recomendação para realização de exame laboratorial
- Recomendação de monitoramento não laboratorial
- Recomendação de automonitoramento

Continua...

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

Alterações diretas na terapia (medicamento não prescrito ou com concordância do prescritor)

- Início de novo medicamento
- Suspensão de medicamento
- Substituição de medicamento
- Alteração de forma farmacêutica
- Alteração de via de administração
- Alteração na frequência ou horário de administração sem alteração da dose diária (esta intervenção pode ser feita sem consultar o prescritor, caso não tenha sido especificado horário de administração na receita)
- Aumento da dose diária
- Redução de dose diária

Encaminhamentos

- Encaminhamento a médico
- Encaminhamento a serviço de enfermagem
- Encaminhamento a psicólogo
- Encaminhamento a nutricionista
- Encaminhamento a serviço de suporte social
- Encaminhamento a fisioterapeuta
- Encaminhamento a outro serviço farmacêutico
- Encaminhamento a programa de educação estruturada
- Encaminhamento a pronto-atendimento
- Outros encaminhamentos não especificados

Quadro 29. Lista de intervenções farmacêuticas utilizada para registro no serviço de cuidado farmacêutico de Curitiba (PR)
Fonte: Ministério da Saúde¹.

PESQUISE E REFLITA!

Pesquise sobre outras formas de registro de problemas relacionados a farmacoterapia e intervenções farmacêuticas.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Registro SOAP

Uma das formas de registrar e de evoluir os dados do paciente atendido no serviço é o registro SOAP, utilizado por todos os profissionais de saúde. É o modo de registro mais comum no Brasil. Neste registro, as informações de cada consulta são anotadas em ordem cronológica, com data da consulta e tempo e de forma definida.

LEIA UM POUCO MAIS!

Série "Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica" – Cadernos 1, 2, 3 e 4^{1, 15, 16, 17}.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

O acrônimo SOAP aborda as seguintes partes: S (dados subjetivos) – compreendem os dados relatados pelo paciente ou acompanhante; O (dados objetivos) – incluem os achados de exame físico e os exames complementares; A (avaliação) – refere-se às conclusões sobre a situação do paciente, particularmente os problemas da farmacoterapia identificados; e P (plano) – inclui as intervenções que foram e serão realizadas.

Instrumentos de referência e de contrarreferência

Nos serviços de cuidado farmacêutico, também é necessária a utilização de instrumentos de referência e de contrarreferência. Para tanto, é importante a construção de um mecanismo de comunicação por intermédio da referência e da contrarreferência do cuidado farmacêutico, contribuindo para a integralidade, a continuidade e a resolutividade das ações de saúde.

Os mecanismos de referência e de contrarreferência são criados com a finalidade de possibilitar ao paciente a integralidade do cuidado entre os diferentes serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. A unidade básica de saúde, representando a atenção primária, é, normalmente, a porta de entrada do usuário no Sistema. Entretanto o paciente pode, também, adentrar ao sistema por outros pontos de atenção, dependendo da urgência do caso, por meio das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dos Centros de Especialidades, dos hospitais ou dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo.

As unidades consideradas de maior complexidade, ou que detêm maior densidade tecnológica, são denominadas unidades de referência. Os pacientes acolhidos na Atenção Primária à Saúde (APS) podem necessitar de serviços de maior especificidade ou de suporte de maior densidade tecnológica. Quando a APS encaminha o paciente para essas unidades de referência, é realizado um “referenciamento”.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

O paciente é referenciado com a finalidade de se atender uma necessidade específica de saúde. Quando essa necessidade é atendida pelos centros de referência, espera-se que o paciente retorne aos cuidados da atenção primária à saúde via um processo chamado de “contrarreferência”, no qual o paciente é encaminhado ao profissional da APS, que é, muitas vezes, o gestor de caso.

Procedimentos farmacêuticos

Verificação de parâmetros clínicos

Um dos procedimentos farmacêuticos realizados durante o serviço de cuidado farmacêutico é a verificação de parâmetros clínicos. Tal verificação pode envolver a análise de testes laboratoriais portáteis, autoteste, verificação de sinais vitais, dentre outros. Os principais parâmetros que são verificados durante o serviço de cuidado farmacêutico incluem medidas antropométricas, glicemia capilar, perfil lipídico, temperatura, pico de fluxo respiratório e pressão arterial¹⁸.

Organização dos medicamentos

A organização de medicamentos é um procedimento farmacêutico de grande importância para auxiliar o paciente a aderir corretamente o tratamento. Para aqueles pacientes que possuem dúvidas ou dificuldades no uso de seus medicamentos, podem ser feitos organizadores de comprimidos, etiquetas, rótulos, envelopes, calendários posológicos, dentre outros materiais educativos para auxílio na organização dos medicamentos¹⁸. A organização de medicamentos deve ser realizada levando em consideração a rotina do paciente, o seu letramento, as suas limitações e as suas preferências.

LEIA UM POUCO MAIS!

Leia sobre os procedimentos farmacêuticos na publicação “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual”¹⁸.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Fonte: “Imagens - Pixabay ©”

Ferramentas de apoio

No serviço de cuidado farmacêutico, é importante, também, a utilização de ferramentas de apoio, como bases de dados, aplicativos, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, livros e outros materiais para busca de informações, estudo e análise dos casos clínicos dos pacientes atendidos e para embasamento nos comitês para uso racional de medicamentos. Faz-se relevante, ainda, que o farmacêutico esteja sempre buscando evidências de qualidade em locais confiáveis e se atualizando para a realização de um serviço de qualidade e, realmente, efetivo.

PESQUISE E REFLITA!

Pesquise sobre os instrumentos, os procedimentos e as ferramentas de apoio utilizados nos serviços de cuidado farmacêutico já desenvolvidos no Brasil.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Síntese da aula

- Nesta aula, foram discutidos os instrumentos e os procedimentos que dão suporte durante a implantação do serviço de cuidado farmacêutico e as ferramentas de apoio para o desenvolvimento das atividades clínicas dos farmacêuticos.
- Os procedimentos incluem a verificação de parâmetros clínicos, como pressão arterial e glicemia capilar, a administração de medicamentos e a organização dos medicamentos. Os instrumentos podem incluir formulários para seleção do público-alvo, para coleta e organização dos dados do paciente, para avaliação do estado clínico das condições de saúde, para avaliação da adesão e capacidade de gestão dos tratamentos do paciente, para automonitoramento dos pacientes e para registro dos problemas da farmacoterapia e intervenções farmacêuticas. As ferramentas de apoio incluem bases de dados, aplicativos, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, livros e outros materiais para busca de informações.
- A próxima aula abordará os instrumentos e os indicadores quantitativos e qualitativos que permitem monitorar e avaliar os resultados do serviço de cuidado farmacêutico.

Nesta aula, você estudou os instrumentos e os procedimentos que dão suporte durante a implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico e as ferramentas de apoio para o desenvolvimento das atividades clínicas dos farmacêuticos. Com isso, acreditamos que, agora, você esteja apto a identificar e utilizar instrumentos e procedimentos de apoio necessários durante o processo de implantação do serviço de cuidado farmacêutico.

Seguindo os estudos, você irá conhecer tipos de instrumentos e indicadores quantitativos e qualitativos que permitem monitorar e avaliar os resultados do serviço de Cuidado Farmacêutico. Finalizando mais essa aula, você será capaz de reconhecer as ferramentas de monitoramento e de avaliação do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 308 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 2).
2. Souza TT. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. Curitiba. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, 2013. 326 p.
3. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev Saúde Pública Apr 2012;46(2):279-89.
4. Weingart SN, Gandhi TK, Seger AC, Seger DL, Borus J, Burdick E, et al. Patient-reported medication symptoms in primary care. Arch Intern Med 2005;165(2):234-40.
5. Souza, TT. Desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico a pacientes polimedicados. Curitiba. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, 2017. 343 p.
6. Osório FL, Mendes AV, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. PerspectPsychiatr Care Jul 2009;45(3):216-27.
7. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2009;12(1):118-23.
8. Salgado T, Marques A, Geraldés L, Benrimoj S, Horne R, Fernandez-Llimos F. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. São Paulo Med J. Apr 2013;131(2):88-94.
9. Svartad BL, Chewing BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. Patient Educ Couns. Jun 1999;37(2):113-24.

10. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet*. 1975;1:1205-7.
11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. Jan 1986;24(1):67-74.
12. Raehl CL, Bond CA, Woods T, Patry RA, Sleeper RB. Individualized drug use assessment in the elderly. *Pharmacotherapy*. 2002;22(10):1239-48.
13. Nobre F, Mion Júnior D, Gomes MAM, Barbosa ECD, Rodrigues CIS, Neves MFT et al. 6ª Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4ª Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(5Supl.1):1-29.
14. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio, Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Clannad; 2017.
15. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 108 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 1).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 3).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 100 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 4).
18. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.

Aula 14 – Monitoramento e avaliação do serviço de Cuidado Farmacêutico

Rangel Ray Godoy
Thaís Teles de Souza

Ementa da aula

Esta aula aborda os tipos de instrumentos e indicadores quantitativos e qualitativos que permitem monitorar e avaliar os resultados do serviço de Cuidado Farmacêutico.



Objetivo de aprendizagem

Conhecer as ferramentas de monitoramento e de avaliação do serviço de Cuidado Farmacêutico.



Introdução

Na aula passada, foi apresentada uma série de instrumentos que buscavam apoiar e fundamentar o processo de implantação do Cuidado Farmacêutico, principalmente os relacionados com o desenvolvimento de atividades clínicas de atendimento a pacientes. Muitos desses instrumentos poderão servir tanto como norteadores do processo de trabalho quanto como fontes de indicadores para avaliar e acompanhar o desenvolvimento das atividades relacionadas ao Cuidado Farmacêutico.

Nesta aula, buscaremos descrever o que são, para que servem e como são obtidos e analisados os indicadores relacionados ao Cuidado Farmacêutico, na instituição. Além disso, daremos exemplos e discutiremos alguns indicadores propostos e utilizados em outras experiências de implantação de serviços de Cuidado Farmacêutico.

O que são indicadores?

Pense na seguinte situação que, possivelmente, já deve ter acontecido com você alguma vez. Você está no mercado ou na feira e vai comprar um abacaxi. Você observa. Todos os abacaxis parecem iguais, mas você não tem certeza de quais estão realmente maduros. Então alguém sugere: “*Puxe uma das folhas da coroa. Se sair fácil, é porque está maduro*”. Muito bem, você acabou de utilizar um indicador para avaliar se a fruta está, ou não, pronta para o consumo, e você nem precisou partir o abacaxi no meio, tirar um pedaço e experimentar para saber!

Com alguns requintes metodológicos e alguma especificidade para os serviços de saúde, é basicamente isso que vamos discutir nesta aula. Estratégias para identificar se um serviço está se desenvolvendo corretamente e cumprindo as metas ou as expectativas. Mais especificamente, no nosso caso, é sobre como podemos monitorar e avaliar o Cuidado Farmacêutico, para identificar problemas e corrigi-los ou, a fim de se ter uma ideia do impacto das atividades no contexto da instituição em que ele foi implantado.

Quando se tem um serviço ou um conjunto de atividades de saúde em uma instituição, é fundamental que haja uma maneira de medir certas variáveis que permitam alguma verificação e controle. Conhecer e comparar metas, dados e informações permite identificar as mudanças (positivas ou negativas) que esse serviço ou o conjunto de atividades promoveram na instituição e na população.

Permite verificar, ainda, se os objetivos e os resultados de políticas ou serviços de saúde estão sendo bem conduzidos. Para isso, são utilizadas medições qualitativas e quantitativas, na forma de indicadores. Eles são classificados, segundo Donabedian¹, em indicadores de estrutura, de processos e de resultados, no entanto, diferentes classes de indicadores podem ser acrescidas, a depender da especificidade do serviço ou do referencial teórico utilizado².



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Assim, indicadores são considerados unidades de medida indiretas de uma atividade, funcionam como sinalizadores da realidade e podem ser usados como referência para avaliação da qualidade de serviços. Também podem ser conceituados como medidas síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões de saúde³. Um indicador está relacionado a uma atividade e pode se apresentar de diversas maneiras. Em gestão, os indicadores também são chamados de itens de controle⁴.

IMPORTANTE!

Indicadores de qualidade de um serviço de saúde são diferentes de indicadores de saúde, apesar de guardarem relação entre si. Indicadores de saúde são usados para monitorar a qualidade da saúde da população, enquanto indicadores de serviço de saúde auxiliam na identificação de elementos que representem a efetividade de um serviço.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Avaliação e monitoramento também são atividades sugeridas pelo método de design de serviços na etapa de implementação. Sugere-se que, logo após a implantação e de forma periódica, sejam realizadas ações exploratórias, para avaliar o progresso e o impacto do serviço.

Características esperadas de um indicador

É interessante que os indicadores apresentem alguns atributos que os qualifiquem para servir ao seu propósito. O ideal é que o indicador: seja de baixo custo, pois indicadores de alto valor financeiro podem inviabilizar a sua utilização; seja preciso, tendo relação contígua com o serviço e representando exatamente aquilo que se espera, aumentando, portanto, a sua fidedignidade; seja específico, ou seja, que o seu resultado represente apenas o fenômeno ou a atividade que você deseja avaliar; seja sensível, o que quer dizer ser capaz de identificar, mesmo quando há pequena variação, os problemas ou êxitos relacionados a ele; e seja o mais simples possível, pois, quanto mais fácil for a sua coleta e análise, mais facilmente será utilizado pelo gestor².

Lembre-se do indicador usado para verificar se o abacaxi estava pronto para ser consumido. Tal indicador era: barato, e não comprometia o valor da fruta; preciso, pois o seu resultado indicava exatamente aquilo que se buscava saber; específico, pois a folha da coroa, ao sair facilmente, não indica que a manga ou a goiaba também estão maduras, mas apenas o abacaxi; sensível, já que, à medida que a folha oferecia uma resistência um pouco maior, isso apontava que a fruta ainda estava verde; e, finalmente, muito simples, pois qualquer pessoa pode desenvolver essa técnica.

Elementos de um indicador

Os indicadores, normalmente, possuem uma série de elementos que são importantes de serem considerados no momento de sua elaboração ou escolha⁵, observe pela Figura 16.

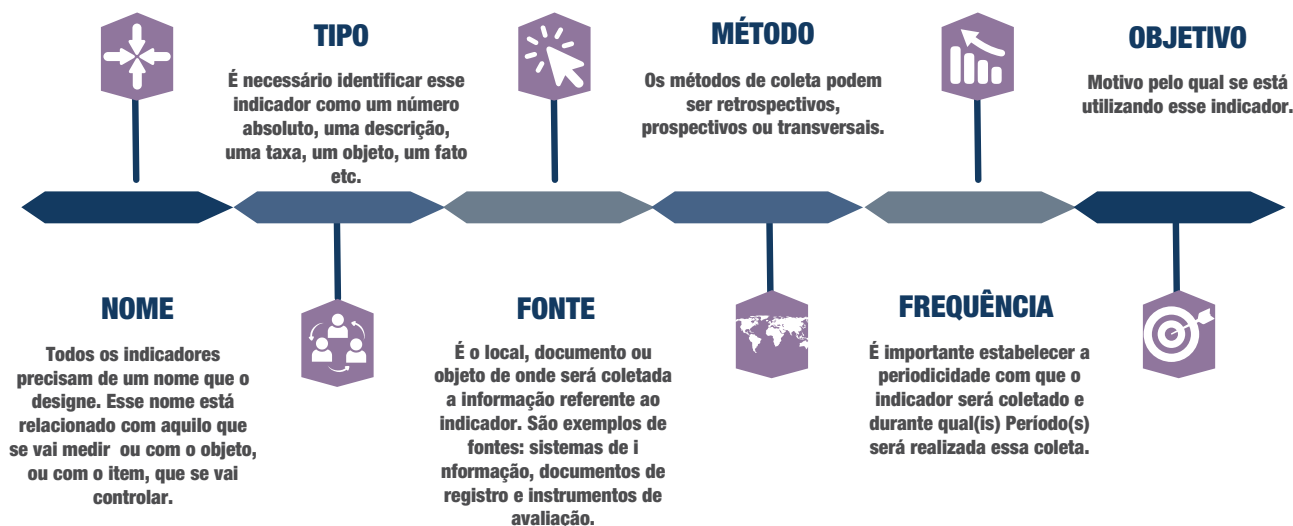


Figura 16. Elementos de um indicador
Fonte: Elaboração própria.

A grande maioria dos indicadores quantitativos são elaborados a partir de uma relação matemática.



RAZÃO SIMPLES

Numerador e denominador não são de mesma natureza, mas há uma relação entre eles.

Ex.: nº de consultas no mês/
nº de farmacêuticos disponíveis



PROPORÇÃO

O numerador está sempre incluído no denominador.

Ex.: nº de diabéticos controlados/
nº de diabéticos total



TAXA

Relação entre o número de vezes em que se observa um evento e a população sujeita a sofrer o evento.

Ex.: nº intoxicação por lítio/
População em uso de lítio.



ÍNDICE

Denominador não representa a população exposta ao evento do numerador. Utilizado quando há estudos prévios.

Ex.: $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$

ATENÇÃO!

Sugerimos que, no momento de elaborar um indicador, sejam identificados quais são os objetivos que se almeja com o serviço e que então sejam criadas metas ou parâmetros de comparação que indiquem o valor relativo dos resultados alcançados.



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Onde buscar as informações

Os indicadores são como extratos de informação que advêm do serviço, da instituição ou do território. Por isso, eles podem ser considerados fontes do meio interno e fontes do meio externo. As fontes do meio externo fornecem informações demográficas, econômicas, geográficas, políticas, culturais e epidemiológicas, que, reunidas, podem formar um perfil das condições do território e, também, do impacto dos serviços de saúde na dinâmica das transformações de saúde no território.

O processo de territorialização já foi abordado na Aula 11. Daremos, nesta aula, maior ênfase às fontes do meio interno que avaliam mais diretamente aspectos relacionados ao desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico, na instituição⁶.

“No caso do Cuidado Farmacêutico, os indicadores podem ser obtidos de várias fontes. Essas fontes, normalmente, são sistemas de informação e formulários físicos que contêm procedimentos, dados numéricos, agendamentos, relatos, entre outras possíveis informações. Tudo aquilo que, de certo modo, está relacionado com o Cuidado Farmacêutico pode ser uma informação importante a ser buscada nessas fontes⁷.”



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Sistemas de informação

Os sistemas de informação consistem em instrumentos padronizados de coleta de dados nos quais se registram determinados tipos de atividades. Têm como função principal o fornecimento de informações que proporcionem a compreensão das dinâmicas da instituição, dos problemas de saúde da população e que subsidiem a tomada de decisão em saúde, seja por profissionais, ou por gestores.

É uma estratégia de documentação e de compartilhamento de informações entre a equipe de saúde e os gestores e estão entre as fontes mais ricas de indicadores de serviços da Atenção Básica. Os diferentes municípios do Brasil podem utilizar diferentes sistemas de informação para documentar e compilar dados sobre as diferentes atividades de saúde desenvolvidas e, também, para apreensão da realidade de saúde da população⁹.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por exemplo, é um sistema criado considerando o contexto da estratégia saúde da família e caracteriza-se por ser um sistema “territorializado”, podendo fornecer informações valiosas sobre as condições de saúde da população, subsidiando, assim, as decisões na área da saúde envolvendo gestores, trabalhadores e comunidade⁹. Além de traçar um perfil de evolução e de controle das principais doenças, também fornece registros diários de atividades, procedimentos e notificações, gerando dados de produção da equipe. O SIAB, quando bem consolidado no município, pode ser uma fonte de coleta tanto de indicadores para verificação do impacto do Cuidado Farmacêutico quanto para o processo de diagnóstico situacional para a sua implantação (discutido na Aula 11)⁹.

“Alguns municípios desenvolveram sistemas informatizados para coleta, compilação e compartilhamento de dados referentes a atividades que acontecem dentro da unidade de saúde, como os prontuários informatizados, que proporcionam, entre outras informações, a obtenção do histórico de atendimentos de diferentes profissionais de saúde para cada paciente. Esses sistemas são importantes fontes de indicadores para o Cuidado Farmacêutico. Neles, é possível acessar a agenda do profissional, os registros de consultas e de encaminhamentos, a evolução clínica, entre outras informações que podem ser transformadas em indicadores e avaliados periodicamente¹⁰.”

No processo de modelamento e de implantação do Cuidado Farmacêutico, em Curitiba (PR), dados provenientes do sistema eletrônico do município, o E-saúde, foram utilizados para compor a matriz de indicadores utilizadas no monitoramento e na avaliação do serviço. Nesse sistema, os demais membros da equipe podiam encaminhar pacientes para as consultas farmacêuticas, inclusive agendando atendimentos para o farmacêutico.



Os farmacêuticos realizavam atendimento aos pacientes e faziam registro do atendimento no sistema, que ficava disponível para os demais profissionais envolvidos no cuidado desse paciente, propiciando, dessa maneira, uma maior integração do Cuidado. Entre outras ferramentas, o E-saúde também possuía o módulo de dispensação, que permitia o monitoramento da movimentação do estoque de medicamentos, podendo gerar dados interessantes de utilização de medicamentos, que, associados a dados clínicos, poderiam compor problemáticas importantes para debater com a equipe de saúde em atividades técnico-pedagógicas^{10,11}.

É fundamental incorporar, ou aprimorar, continuamente, o sistema informatizado na unidade de saúde onde o Cuidado Farmacêutico será implantado. Ao mesmo tempo, é de extrema importância que o farmacêutico esteja capacitado para a utilização desse sistema e que tenha acesso a informações clínicas dos pacientes da unidade provenientes de atividades da equipe de saúde. Se necessário, é pertinente que haja um processo de capacitação dos farmacêuticos para acesso e preenchimento das informações nesse ambiente informatizado, antes mesmo de se iniciarem as atividades de Cuidado propostas pelo projeto de implantação.

Fonte: "Imagens - Flaticon ©"



Fonte: "Imagens - Flaticon ©"

Formulários Físicos de Atendimento Farmacêutico

São parte do processo de modelagem do Cuidado Farmacêutico o desenvolvimento e a utilização de formulários e de instrumentos físicos para o desenvolvimento das atividades, principalmente as atividades clínicas do Cuidado. Podemos citar ficha de agendamento, instrumentos de autoavaliação para o paciente, instrumentos de avaliação de estado clínico e instrumentos de avaliação de adesão à farmacoterapia.

Dentre eles, é de pronunciada relevância o formulário clínico de atendimento farmacêutico. Esse formulário possui várias funções, dentre elas a pedagógica, a organizativa e a documental. Ele também se configura no principal instrumento de coleta de dados para a elaboração de indicadores das atividades do Cuidado Farmacêutico. Além de orientar o raciocínio clínico, nele, também são documentados a evolução do paciente, os problemas identificados e as condutas realizadas em cada atendimento.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Cada formulário clínico é desenhado de acordo com as necessidades e as especificidades do serviço para o Cuidado Farmacêutico, bem como de acordo com os referenciais teórico e metodológico elegidos para o seu desenho. Ademais, serviços mais jovens, normalmente, beneficiam-se mais de formulários mais detalhados, enquanto que, ao ganhar experiência clínica, os farmacêuticos podem preferir tornar os formulários mais objetivos e concisos. Por isso, pode haver uma certa heterogeneidade em sua estrutura e nos seus componentes.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

Ainda assim, é recomendável que todo formulário de consulta preserve a documentação de informações mais relevantes para o processo de avaliação e de monitoramento do serviço. Os dados de problemas de saúde e queixas e o estado clínico atual dessas queixas, a história de medicação e a lista de problemas encontrados e de condutas realizadas estão entre os indicadores mais importantes para a avaliação da eficácia do serviço clínico farmacêutico, em uma instituição de saúde.

Uma análise longitudinal desses indicadores pode gerar um panorama de resultados e de impacto bastante elucidativo para o gestor e para o próprio serviço.



Fonte: "Imagens - Freepik ©"

IMPORTANTE!

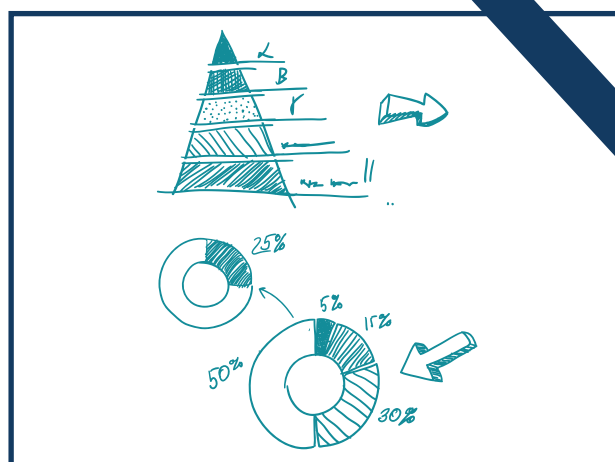
É importante deixar claro que, à medida que os recursos tecnológicos avançam no sentido da melhoria da eficiência da gestão da informação, a maior parte desses formulários físicos, como é o caso do próprio formulário farmacêutico, podem ser transformados em formulários eletrônicos, conservando-se a sua estrutura fundamental, gerando economia de espaço e de recursos naturais e fornecendo ferramentas de análise muito mais ágeis e sofisticadas, desde que sejam garantidas a segurança e a confidencialidade dos dados.

É importante que esses formulários de atendimento farmacêutico estejam disponíveis, também, para consulta dos demais profissionais de saúde e, se possível, que seja anexado ao prontuário físico do paciente. Como os dados coletados durante a consulta estarão disponíveis para a equipe, é importante que se tenha zelo e preocupação maiores no momento da construção desses formulários. Eles deverão conter informações relevantes no sentido de atender, minimamente, as necessidades dos demais profissionais que, eventualmente, acessem esse material, além de atender demandas específicas das consultas farmacêuticas.

Indicadores quantitativos

“Indicadores quantitativos são aqueles que podem ser mensurados por meio de uma variável numérica, podendo ser um número absoluto ou uma relação entre dois eventos, estabelecendo-se numerador e denominador. São os tipos de indicadores mais utilizados¹.”

Durante a modelagem do Cuidado Farmacêutico, é interessante determinar possíveis indicadores quantitativos para acompanhamento e avaliação do serviço, após a sua implantação. Esses indicadores poderão ser debatidos com a equipe e com os farmacêuticos, para identificar aqueles mais relevantes para serem implantados. Tanto o sistema de informação quanto os formulários devem ter espaço para preenchimento dessas informações. Antes de elencar possíveis indicadores, é aconselhável uma reflexão prévia sobre os contextos micro e macro nos quais o Cuidado está inserido e a quais atividades se propõe a realizar e com quais objetivos.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

LEMBRE-SE!

Ao eleger indicadores para o Cuidado Farmacêutico, é preciso assumir que este compreende uma diversidade de atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas, no contexto da Atenção Básica, e que está inserido em um modelo de rede de atenção e de cuidado multidisciplinar.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Considerando a definição dessas características centrais do Cuidado, podemos assumir como relevante a criação de indicadores que, minimamente, informem sobre: a disponibilidade de profissionais e funcionários na unidade de saúde; a presença/ausência de integração do farmacêutico com a equipe de saúde da unidade; a presença/ausência de integração entre o farmacêutico e os profissionais de outras unidades; a execução de atividades técnico-pedagógicas realizadas na unidade; a execução de atividades clínicas de atendimento em consultório ou em domicílio; a evolução clínica/humanística dos pacientes atendidos pelos farmacêuticos; e a satisfação do paciente em relação ao atendimento.

A seguir, proporemos e descreveremos alguns indicadores quantitativos que podem ser utilizados para monitorar o Cuidado Farmacêutico, em uma unidade de saúde. Serão apresentados a denominação do indicador, a sua conceituação, as fontes em que se pode buscar o indicador e o método de cálculo para a sua obtenção.

Indicadores de estrutura

Indicadores de estrutura fornecem informações sobre as características dos recursos humanos e físicos ou a capacidade presumida de provedores e de serviços, para efetuarem uma assistência de qualidade, o que inclui profissionais, sistemas de assistência, suporte financeiro, área física, equipamentos, acessibilidade, protocolos, entre outros. Determina padrões mínimos de capacidade de funcionamento de serviços de assistência e de provisão de cuidados coordenados e acessíveis, porém não assegura a qualidade da assistência e necessita ser combinado com indicadores de desempenho. A disponibilidade de uma estrutura ideal fornece condições, mas não garante uma assistência de qualidade¹²

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO
Disponibilidade de profissional farmacêutico na Atenção Básica à Saúde	Número de Profissionais farmacêuticos que atuam na Atenção Básica à Saúde.	Sistema de informação das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde	(Número total de farmacêuticos na Atenção Básica dividido pelo número total de farmacêuticos na rede de atenção) x 100
Disponibilidade de técnicos de farmácia na Atenção Básica	Número de técnicos de farmácia que atuam no ponto de atenção à saúde, seja executando tarefas logísticas, ou auxiliando em tarefas relacionadas à clínica.	Sistema de informação da Secretarias Municipal e Estadual de Saúde	Dividir número total de técnicos de farmácia pelo número total de pontos de atenção à saúde da Atenção Básica
Média de horas destinadas à capacitação dos farmacêuticos para atividades clínicas, por farmacêutico, na Atenção Básica	Tempo destinado à atividades de capacitação profissional, como discussão de casos clínicos, presença em eventos científicos, elaboração de trabalhos e realização de cursos.	Atas de reunião, certificados de presença, certificados de apresentação de trabalhos, certificados de conclusão de cursos.	Número de horas total destinadas ao treinamento e à capacitação dos farmacêuticos para a realização das atividades de Cuidado dividido pelo número de farmacêuticos da Atenção Básica
Disponibilidade de consultório para atendimento farmacêutico, por farmacêutico, na Atenção Básica	Disponibilidade de consultório para realização da consulta farmacêutica.	Formulários de registro de atividades de outros profissionais nos consultórios	Número total de horas semanais que os consultórios estão disponíveis para atendimento clínico farmacêutico dividido pelo número de farmacêuticos da Atenção Básica
Disponibilidade de consultório para atendimento farmacêutico, por farmacêutico, na Atenção Básica	Disponibilidade de consultório para realização da consulta farmacêutica.	Formulário físico que contenha essa informação ou registro de horário de chegada e saída, na recepção	Horário em que o paciente foi chamado para consulta menos horário em que o paciente chegou na unidade para ser atendido

Quadro 30. Indicadores quantitativos de estrutura
Fonte: Adaptado de Santos, Silva e Tavares¹³.

Indicadores de oferta

Os indicadores de oferta são importantes porque marcam a intenção e a disponibilidade do serviço em atender determinada demanda. Como a proposta é monitorar o serviço de Cuidado Farmacêutico, o indicador de oferta ajudará a determinar a persistência da execução das atividades e a dimensão em que elas estão ocorrendo na unidade ou na rede de atenção à saúde (Quadro 31).

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO
Número médio de horas mensais disponíveis para realização de consultas farmacêuticas, por farmacêutico, da Atenção Básica	Horas disponibilizadas para agendamento de consultas farmacêuticas.	Agenda do profissional usada para marcação de consultas	Soma das horas disponibilizadas na agenda dos farmacêuticos da Atenção Básica para realização de consultas, no período de um mês, dividido pelo número de farmacêuticos da Atenção Básica
Oferta de serviços de Cuidado Farmacêutico, no município	Existência de serviço de Cuidado Farmacêutico nos pontos de atenção à saúde do município.	Sistema de informação das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde	(Número de pontos de atenção à saúde com serviço de Cuidado Farmacêutico dividido pelo total de pontos do Município) x 100

Quadro 31. Indicadores quantitativos de oferta
Fonte: Adaptado de Santos, Silva e Tavares¹⁹.

Indicadores de demanda

Os indicadores de demanda referem-se, principalmente, ao público-alvo estabelecido pelo Cuidado Farmacêutico, à efetividade dos mecanismos de identificação e de busca dessa demanda e ao quanto o serviço consegue absorver dessa demanda (Quadro 32).

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO
Porcentagem de ocupação da agenda farmacêutica	Número total de consultas agendadas, no período de 1 mês, em relação ao total de consultas disponíveis para agendamento.	Agenda do profissional usada para marcação de consultas	(Total de horas ocupadas dividido pelo total de horas disponíveis na agenda) x 100
Porcentagem de pacientes atendidos pelo farmacêutico encaminhados pela equipe	Porcentagem de pacientes consultados, por mês, encaminhados pela equipe de saúde para consulta pelo farmacêutico, em relação ao total de pacientes atendidos, em um determinado período.	Agenda do profissional usada para marcação de consultas e formulário de atendimento farmacêutico	(Número de pacientes atendidos pelos farmacêuticos encaminhados pela equipe dividido pelo número total de pacientes atendidos pelo farmacêutico) x 100

Continua...

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO
Porcentagem de pacientes atendidos pelo farmacêutico provenientes de demanda espontânea	Porcentagem de pacientes consultados, por mês, provenientes de demanda espontânea, em relação ao total de pacientes atendidos, em um determinado período.	Agenda do profissional usada para marcação de consultas e formulário de atendimento farmacêutico	$(\text{Número de pacientes atendidos pelos farmacêuticos provenientes de demanda espontânea} / \text{número total de pacientes atendidos pelo farmacêutico}) \times 100$
Porcentagem de pacientes atendidos pelo farmacêutico provenientes de busca ativa	Porcentagem de pacientes consultados, por mês, provenientes de busca ativa, em relação ao total de pacientes atendidos, em um determinado período.	Agenda do profissional usada para marcação de consultas e formulário de atendimento farmacêutico	$(\text{Número de pacientes atendidos pelos farmacêuticos provenientes de busca ativa} / \text{número total de pacientes atendidos pelo farmacêutico}) \times 100$

Quadro 32. Indicadores quantitativos de demanda
Fonte: Adaptado de Santos, Silva e Tavares¹³.

Indicadores de processo (ou utilização)

Avaliam as atividades clínicas ou técnico-pedagógicas realizadas, incluem-se as condutas técnicas e os processos de relação interpessoal entre paciente, farmacêutico e equipe de saúde. Indicam, ainda, o quanto as atividades vinculadas ao Cuidado estão sendo efetivamente realizadas, sejam elas relacionadas à ação do farmacêutico, do paciente ou da equipe¹² (Quadro 33).

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO
Pacientes de Referência e de Contrarreferência	Porcentagem de pacientes consultados, por mês, encaminhados de um nível de Atenção à Saúde para outro.	Prontuário do serviço de Cuidado Farmacêutico, origem do paciente	$(\text{Número de pacientes encaminhados para o farmacêutico de outro ponto de Atenção} / \text{total de pacientes atendidos pelo farmacêutico na unidade}) \times 100$
Consultas no ponto de Atenção à Saúde por mês	Número total de consultas realizadas, no período de 1 mês.	Prontuário do serviço de Cuidado Farmacêutico + agenda do profissional	$(\text{Somatória de consultas realizadas, no período de 1 mês} / \text{total de pontos de atenção à saúde com serviço}) \times 100$
Porcentagem de absenteísmo nas consultas	Porcentagem de pacientes agendados faltantes na consulta farmacêutica.	Agenda do profissional usada para marcação de consultas e prontuário do serviço de Cuidado Farmacêutico (primeira consulta e retornos)	$(\text{Número total de faltas nas consultas} / \text{total de consultas farmacêuticas agendadas}) \times 100$

Continua...

continuação

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO
Porcentagem de reuniões de equipe com a participação do farmacêutico	Número de reuniões de equipe de saúde com a presença do farmacêutico no ponto de atenção à saúde.	Atas de reuniões/listas de presença	$(\text{Número de reuniões de equipe com participação do farmacêutico} / \text{número total de reuniões de equipe}) \times 100$
Porcentagem de consultas compartilhadas realizadas pelo farmacêutico	Número de consultas multiprofissionais com a presença do farmacêutico.	Agenda do farmacêutico	$(\text{Número de consultas compartilhadas do farmacêutico} / \text{número total de consultas farmacêuticas}) \times 100$
Porcentagem das atividades coletivas/grupos educativos na carga mensal do farmacêutico	Porcentagem de atividades técnico-pedagógicas realizadas junto à equipe de saúde ou ao grupo de pacientes.	Atas de reuniões/listas de presença/agenda do farmacêutico	Horas destinada às atividades coletivas divididas pela carga horária mensal do farmacêutico
Número de reuniões do Comitê de Uso Racional de Medicamentos (CURAME) realizadas durante no ano	Número de reuniões do CURAME, com a presença do farmacêutico	Atas de reuniões/listas de presença	Número total de reuniões dividido pelo período de tempo de um ano
Média de tempo da consulta farmacêutica de primeira vez	Tempo de consulta, enquanto medida de eficiência do serviço para consultas de primeiro atendimento.	Formulário farmacêutico de atendimento	Somatório do tempo de atendimento de pacientes de primeira consulta dividido pelo número total de pacientes atendidos em primeira consulta, em um determinado período
Média de tempo de consulta farmacêutica de retorno	Tempo de consulta, enquanto medida de eficiência do serviço para consultas de retorno.	Formulário farmacêutico de atendimento	Somatório do tempo de atendimento de pacientes de retorno dividido pelo número total de consultas de retorno, em um determinado período

Quadro 33. Indicadores quantitativos de processo
 Fonte: Adaptado de Santos, Silva e Tavares¹³.

Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado fornecem informações sobre os efeitos dos cuidados nas ações de saúde e na qualidade de vida do paciente e da população. Também podem avaliar o grau de satisfação do receptor (paciente) em relação ao próprio prestador de serviços (farmacêutico), no que concerne às atividades de Cuidado (Quadro 34).

DENOMINAÇÃO	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO
Porcentagem de pacientes atendidos com problemas de adesão aos medicamentos	Número de pacientes avaliados com problemas de adesão aos medicamentos.	Formulário de atendimento do serviço de Cuidado Farmacêutico	$(\text{Número total de pacientes com problemas de adesão ao tratamento dividido pelo número total de pacientes atendidos, no período}) \times 100$
Acesso aos medicamentos no SUS	Proporção de medicamentos que o paciente retira no SUS em relação ao total de medicamentos que utiliza.	Formulário de atendimento do serviço de Cuidado Farmacêutico	Número de medicamentos utilizados pelo paciente que são disponibilizados no SUS dividido pelo número total de medicamentos utilizados pelo paciente.
Porcentagem de pacientes em estado clínico controlado ou curado de um determinado problema de saúde	Proporção de problemas de saúde que obtiveram controle ou cura, enquanto o paciente estava no serviço de Cuidado Farmacêutico.	Formulário de atendimento do serviço de Cuidado Farmacêutico	$(\text{Número de pacientes com determinado problema de saúde em estado clínico controlado ou curado dividido pelo número total de pacientes com o referido problema de saúde}) \times 100$
Número médio de problemas da farmacoterapia identificados, por paciente, no período	Média de problemas da farmacoterapia identificados nos pacientes atendidos pelos farmacêuticos.	Formulário de atendimento do serviço de Cuidado Farmacêutico	Número total de problemas da farmacoterapia identificados nos atendimentos realizados por farmacêuticos dividido pelo total de pacientes atendidos
Número de intervenções farmacêuticas identificadas, por pacientes, no período	Média de intervenções farmacêuticas realizadas nos pacientes atendidos pelos farmacêuticos.	Formulário de atendimento do serviço de Cuidado Farmacêutico	Número total de intervenções identificadas nos atendimentos realizados por farmacêutico dividido pelo total de pacientes atendidos

Quadro 34. Indicadores quantitativos de resultado
 Fonte: Adaptado de Santos, Silva e Tavares¹⁹.

Os indicadores sugeridos nos quadros anteriores foram utilizados, anteriormente, durante o processo de avaliação e de monitoramento do Cuidado Farmacêutico, na rede de atenção à saúde de Curitiba (PR). Eles carregam alguma especificidade em relação ao contexto em que os serviços foram implantados, mas podem servir como guia para a elaboração dos indicadores na sua unidade. Você sempre poderá incluir ou modificar esses indicadores, a depender de uma investigação prévia, para discutir e elaborar indicadores que melhor atendam às necessidades do serviço que você ajudou a implantar.

Indicadores qualitativos

“Indicadores qualitativos são menos utilizados na prática geral, pois trabalham com uma lógica distinta da quantitativa, na qual se prioriza a mensuração por meio de escalas e números. Os indicadores quantitativos são excelentes marcadores da realidade de um serviço, porém podem ser considerados reducionistas, quando levamos em consideração a importância da individualidade e da singularidade dos sujeitos envolvidos. Ao construirmos indicadores qualitativos, geramos estratégias que dão voz aos indivíduos e que podem expressar sentimentos, pensamentos, acontecimentos e práticas desenvolvidas pelos atores do processo⁴.”

O referencial para a construção de indicadores qualitativos se apoia em metodologias interpretativistas, como a hermenêutica, centrando os elementos desses indicadores nos usuários, nos familiares e na realidade empírica, ou seja, os componentes e os resultados de um serviço de saúde são avaliados a partir da perspectiva desses indivíduos. O foco de uma avaliação da perspectiva hermenêutica está na apreensão das mudanças percebidas pelos pacientes, enquanto medida de efeito de um serviço.



Fonte: “Imagens - Freepik ©”

Essas medidas buscam apreender aspectos mais subjetivos relacionados à satisfação com os serviços e com a estrutura. Não se trata apenas de indicar uma escala de satisfação sobre determinado aspecto, mas de escutar e de compreender por que se está satisfeito ou insatisfeito, gerando um aprofundamento sobre esse aspecto.

LEIA UM POUCO MAIS!

Minayo MCS. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de Saúde, São Paulo. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 15-19.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Uma avaliação realizada por meio de uma perspectiva qualitativa se oferece como alternativa (e complementar) às formas tradicionais de monitoramento e de avaliação de serviços. Nesse caso, buscam-se compreender as necessidades, a preocupação e as reivindicações dos grupos de interesse envolvidos nos serviços de saúde.

A realização de entrevistas com pacientes, funcionários, familiares, bem como a realização de grupos focais, podem ser estratégias importantes, para se definir que tipos de indicadores qualitativos devem ser implantados para a avaliação do serviço. Sugeriremos, a seguir, alguns possíveis indicadores para a avaliação do Cuidado Farmacêutico.

Indicadores de estrutura

Muitas vezes, a diferença entre um serviço percebido como de qualidade e um serviço percebido como de má qualidade está relacionada com a estética e com a adequação ambiental. Paredes sujas ou mal pintadas, bancos quebrados ou insuficientes e aglomeração de pessoas, por exemplo, podem provocar a sensação de descaso com o usuário. Investigar a opinião e as sugestões dos pacientes, dos familiares e dos funcionários pode melhorar esse aspecto do serviço, atendendo melhor às expectativas do usuário¹⁴ (Quadro 35).

DENOMINAÇÃO	ELEMENTOS	FONTES
Ambiência	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade da pintura • Limpeza • Conforto • Sinalização 	Entrevista com o usuário

Quadro 35. Indicadores qualitativos de estrutura
Fonte: Elaboração própria

Indicadores de processo

Os indicadores de processo estão mais fortemente relacionados com a experiência do paciente no serviço, e, dessa maneira, o principal foco de avaliação está na satisfação desse usuário com o atendimento recebido, considerando alguns elementos importantes a serem levantados nesse indicador¹⁴ (Quadro 36).

DENOMINAÇÃO	ELEMENTOS	FONTES
Satisfação com o atendimento	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção da qualidade técnica do atendimento fornecido • Orientação adequada • Respeito à autonomia • Respeito à dignidade 	Entrevista com o usuário

Quadro 36. Indicadores qualitativos de processo
Fonte: Elaboração própria

Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado, nesse caso, estão relacionados com aquilo que o paciente relata sobre a sua experiência com o serviço e de que maneira as atividades de Cuidado impactaram, positiva ou negativamente, em sua saúde, na relação com a doença e com o tratamento etc. Os indicadores de resultado qualitativos também podem ser elaborados a partir de avaliações prévias com as partes interessadas do serviço que demonstrem as reais preocupações e os pontos cruciais a serem focados. A título de exemplo, sugeriremos alguns indicadores que poderiam ser utilizados¹⁴ (Quadro 37).

DENOMINAÇÃO	ELEMENTOS	FONTES
Autonomia em relação ao tratamento medicamentoso	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia em relação ao seu tratamento • Sensação de que está assumindo o controle do seu tratamento (empoderamento) • Maior confiança em relação aos resultados 	<p>Entrevista com o usuário</p> <p>Grupos focais com os usuários</p>
Relação com o tratamento e com a doença	<ul style="list-style-type: none"> • Entendimento e aceitação das condições de saúde e de tratamento • Ocorrências de eventos adversos • Ansiedade com relação ao tratamento e à doença. • Otimismo em relação ao futuro 	<p>Entrevista com o usuário</p> <p>Grupos focais com usuários</p>
Relação interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de tranquilidade para conversar sobre todos os problemas de saúde, de maneira integral 	<p>Entrevista com o usuário</p>

Quadro 37. Indicadores qualitativos de resultado
Fonte: Elaboração própria

O envolvimento dos usuários e dos familiares é parte da proposta de cuidado integral proposto pela Atenção Básica. Indicadores qualitativos exploram com maior profundidade expectativas, motivações e pensamentos desses indivíduos, em relação ao serviço de saúde. Esses tipos de indicadores podem ser combinados com indicadores quantitativos, para gerar um monitoramento mais completo do Cuidado Farmacêutico, na instituição de saúde.

ATENÇÃO!

Alguns indicadores podem ter o mesmo nome e foco de avaliação, porém utilizar referenciais epistemológicos e metodológicos distintos.

Exemplo: satisfação do usuário avaliada por meio de instrumento de escala de satisfação do usuário (quantitativo) e avaliado por meio de entrevistas semiestruturadas (qualitativo).

Sugerimos que, no momento de elaborar um indicador, se identifiquem quais são os objetivos que se têm com o serviço e que se criem metas ou parâmetros de comparação que indiquem o valor relativo dos resultados alcançados.



Fonte: “Imagens - Flaticon ©”

Síntese da aula

- Nesta aula, abordamos o tema da avaliação e do monitoramento de serviços de saúde a partir de indicadores. A etapa de implementação de serviços do design thinking sugere essa atividade como parte do processo iterativo. Os indicadores também são uma importante ferramenta da gestão.
- Sugerimos a utilização de sistemas de informação e de formulários físicos como os principais recursos para a coleta de indicadores do Cuidado Farmacêutico.
- Classificamos os indicadores em quantitativos e qualitativos devido ao distinto referencial metodológico. Sugerimos indicadores que já foram propostos e utilizados em outras experiências de implantação do Cuidado Farmacêutico, em diferentes pontos de atenção à saúde.

Neste módulo você teve a oportunidade de conhecer os tipos de instrumentos e indicadores quantitativos e qualitativos que permitem monitorar e avaliar os resultados do serviço de Cuidado Farmacêutico. Esperamos que, agora, você seja capaz de reconhecer as ferramentas de monitoramento e de avaliação do serviço de Cuidado Farmacêutico.

Agora, a nova concepção que você tem sobre a Atenção Básica, hoje, coroa esta trajetória de intensa aprendizagem e desenvolvimento e isso nos alegra, motiva e inspira! Concluimos, assim, com uma certeza: o conhecimento que você alcançou agora faz parte de seu repertório intelectual e afetivo e o ajudará em todas as dimensões de sua vida, sobretudo profissionalmente.

**Desejamos a você sucesso
na carreira escolhida!**

Glossário

Iterativo: Diz-se do processo que se repete diversas vezes, para se chegar a um resultado, e, a cada vez, gera um resultado parcial que será usado na vez seguinte.

Referências

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988 Sep;260(12):1743-8.
2. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev Adm Saúde. 2001;3(12):21-8.
3. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Organização Pan-Americana de Saúde; 2002.
4. Alves PF, Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira MM, Silveira KL. Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. Saúde Debate. 2017; 41(nº esp.):50-9.
5. Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo horizonte: EDG; 1999.
6. Zelman WN, Blazer D, Gower JM, Bumgarner PO, Concilla LM. Issues for academic health centers to consider before implementing a balanced scorecard effort. Acad Med. 1999 Dec;74(12):1269-77.
7. Alano GMC, Corrêa TS, Galato D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. Ciência & Saúde Coletiva. 2012 Mar;17(3):757-64.
8. Heidemann ITSB, Costa MFBNA, Hermida PMV, Marçal CCB, Cypriano CC. Sistema de informação da Atenção Básica: potencialidades para a promoção da saúde. Acta Paul Enferm. 2015;28(2):152-9.
9. Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMC. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(3):947-56.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 3 - planejamento e implantação de serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba. . Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 4: resultados do processo de implantação do Cuidado Farmacêutico no município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 102 p.
12. Soller SAL, Regis Filho GI. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. Rev Adm Pública. 2011;45(3):591-610.
13. Santos FTCS, Silva DLM, Tavares NUL. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. Braz J Pharm Sci. 2018;54(3):1-11.
14. Esher A, Santos EM, Magarinos-Torres R, Azeredo TB. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(1):203-14.

Material complementar

Artigos científicos

- Gaeta M, Campanella F, Capasso L, Schifino GM, Gentile L, Banfi G, Pelissero G, Ricci C. An overview of different health indicators used in the European Health Systems. J Prev Med Hyg. 2017 Jun;58(2):E114-E20.
- Reeve C, Humphreys J, Wakerman J. A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. Evaluation and program planning. 2015 Dec;53:91-8.

Publicação Oficial

- Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 p.

Vídeo

- Assuntos da Saúde. Entendendo os indicadores de saúde | Assuntos da Saúde. 2018 Apr 16 2016. [8 min.]. [acesso em 9 jan. 2019]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FCxsXAC25KU>. Acesso em: 14 fev. 2019.



Autores



Prof. Me. Orlando Mário Soeiro

Farmacêutico, bioquímico e mestre em Química de Produtos Naturais. Atualmente é professor titular da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e presidente do Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS). Realizou consultorias técnicas para o Ministério da Saúde em projetos de organismos internacionais OPAS e BIRD atuando nos seguintes temas: Política de Assistência farmacêutica e Cuidado Farmacêutico em Saúde. Possui experiência também na implantação de serviços de Cuidado Farmacêutico.

Me. Rangel Ray Godoy

Possui graduação pela Universidade Federal do Paraná (2010) e mestrado em ciências farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (2013). Atualmente é discente do programa de pós-graduação em ciências farmacêuticas da Universidade Federal do Paraná, nível doutorado, desenvolvendo atividades nas linhas de pesquisa serviços farmacêuticos na atenção primária a saúde e desenvolvimento de instrumentos clínicos de medidas.

Dra Thais Teles de Souza

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Sergipe (2010), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (2013) e Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (2017) na área de Farmácia Clínica. Foi apoiadora em Cuidados Farmacêuticos pelo Ministério da Saúde (2014-2016). Atualmente é Consultora ad hoc do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e Professora de Pós-graduação na área de farmácia clínica e cuidados farmacêuticos. Atua desenvolvendo atividades nas áreas de Farmácia Social, Farmácia Clínica, Cuidados Farmacêuticos, Atenção Farmacêutica, Revisão Sistemática, Meta-análise e Avaliação de Tecnologias em Saúde.



ISBN 978-85-334-2714-3



9 788533

427143

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

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