UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Stricto-Sensu

Júlio Eduardo Pereira de Souza

Análise regional da implementação dos Cuidados Farmacêuticos na Rede de Atenção à Saúde e sua percepção pelos profissionais farmacêuticos

São Paulo

2019

Júlio Eduardo Pereira de Souza

Análise regional da implementação dos Cuidados Farmacêuticos na Rede de Atenção à Saúde e sua percepção pelos profissionais farmacêuticos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro, como requisito parcial para o título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadores:

Profa. Dra. Marina Tiemi Shio
Prof. Dr. Álvaro Avezum Júnior

São Paulo

2019

Souza, Júlio Eduardo Pereira de

Análise regional da implementação dos Cuidados Farmacêuticos na Rede de Atenção à Saúde e sua percepção pelos profissionais farmacêuticos – São Paulo, 2019.

84 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Santo Amaro, 2019.

Orientador: Profa. Dra. Marina Tiemi Shio

Co-Orientador: Prof. Dr. Álvaro Avezum Júnior

1. Cuidados Farmacêuticos, 2. Atenção Farmacêutica, 3. Consulta Farmacêutica, 4. SUS, 5. Interação medicamentosa, 6. Doenças crônicas não transmissíveis

Júlio Eduardo Pereira de Souza

Análise regional da implementação dos Cuidados Farmacêuticos na Rede de Atenção à Saúde e sua percepção pelos profissionais farmacêuticos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Marina Tiemi Shio.

São Paulo, ____de _____de 2019.

Banca Examinadora

_____

Profa. Dra. Marina Tiemi Shio

Titulação: PhD

_____

Profa. Dra. Maria Elisa Gonzalez Manso

Titulação: PhD

_____

Profa. Dra. Maria Aparecida Nicoletti

Titulação: PhD

Conceito final

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para minha esposa Fátima Alves da Silva, meus filhos Thiago Eduardo A. Souza e Pedro Henrique A. Souza, ao meu irmão Juarez Gustavo, por terem me apoiado nesta jornada de conhecimento e em memória de minha mãe Celene Pereira de Souza e ao meu pai Juarez Ursulino de Souza que sempre me incentivaram a buscar o caminho do conhecimento através dos estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço as pessoas que ajudaram na construção deste trabalho, que além de ter uma importância grande para mim, são reflexos de dedicação e amor pelo que fazem no âmbito do ensino, na área do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Assistência Farmacêutica.

Inicialmente não poderia deixar de agradecer a EDUCAFRO-SP por permitir em esforço conjunto (alunos, ONG e instituição de ensino superior) a inserção no meio acadêmico por via de gestão de programas de inclusão de alunos de baixa renda no ensino superior, no qual fui bolsista na UNISA em minha graduação e fiz voluntariado ministrando aulas no curso pré-vestibular comunitário, permitindo ampliar o entendimento das questões sociais, econômicas e culturais, reflexo da pessoa e profissional que sou hoje.

Aos meus professores da UNISA desde de minha graduação em especial à Marcolina Aparecida Eugênio Silva e aos atuais professores do Mestrado em Ciências da Saúde: Yara Juliana, Neil Novo, Jane Arnold, Caroline Nunes, Carmen Christiano, Patrícia Colombo, Ana Paula Ribeiro, Maria Regina Azevedo (minha primeira orientadora em pesquisa de campo na temática de Anemia Falciforme) e Luciane Lúcio, que me acompanharam minha jornada nesta instituição de ensino que me acolheu e que me permitiu desenvolver a ter um olhar crítico e saber que permanecer num local comum não é o melhor lugar e sim sempre avançar na busca do novo. À minha orientadora Marina Tiemi Shio e ao meu co-orietador Dr. Álvaro Avezum por me direcionar de forma correta e permitir o compartilhamento de conhecimento de ambas as partes para o amadurecimento da pesquisa. Aos membros da banca de defesa Dra. Maria Elisa Gonzalez Manso (UNISA) e Dra. Maria Aparecida Nicoletti (FARMUSP). Ao aluno de iniciação científica Emerson Silva pela ajuda no processo de tabulação dos dados.

Agradecimento em especial para a equipe de farmacêuticos da Organização Social de Saúde Associação Saúde da Família da região sul de São Paulo (ASF-Sul), por ter aceitado o desafio do amadurecimento da prática de Cuidados Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde e Especialidades na Rede de Atenção à Saúde (RAS), são eles Adriano Meira, Alyne A. Freitas, Caroline S. Santos, Daisy dos Santos, Douglas de Oliveira, Fernanda P. Klein, Gessiane Ribeiro, Jorge Luz, Márcia D. Helfstein, Mirian S. Almeida, Patrícia Aquino, Pedro R. Queiroz, Rejiane S. Santos, Vanessa P. Dantas, Cleina A. Avila, Denise B. Assis, Maria L. Garcia, Sãhmia E. Bernadino, Ana P. Quini. Agradecer também os farmacêuticos dos demais serviços que não fizeram parte do escopo da pesquisa e que por sermos uma rede influenciaram a todos nós, CAPS: Ari F. Moreira, Alex Scola, Érika M. Oliveira, AMA-E/AMA-UBS integrada: Cleide Brito, Marcos P. Rocha, Luci Quirino, Karina Scola e André Barreto, Pronto Socorro Municipal: Alessandra Mendes, Daniel Santos, Adriano Miranda e Beatriz Noronha e HD-Rede Hora Certa Capela do Socorro: Uriel F. Silva.

Gratidão à equipe de Apoiadores em Saúde da ASF-Sul e ao Dr. Paulo Capucci (Coordenador dos Contratos Regionais de Capela do Socorro e Parelheiros) pelo incentivo ao desenvolvimento profissional na RAS. Meus sinceros agradecimentos para a equipe de Assistência Farmacêutica das Supervisões Técnicas de Saúde de Capela do Socorro e Parelheiros: Priscila Merlin e Juliane Oliveira, Coordenadoria Regional de Saúde Sul: Silvia Akemi e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo: Dirce Cruz Marques e Felipe T. Carvalho.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática”. Paulo Freire

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde e especializada foi normatizada pela Portaria nº 1.918 / 2016 aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP). A atuação do farmacêutico se mostra importante para ampliação do cuidado em saúde e na melhora na adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes. **Objetivo:** Os objetivos deste trabalho foram avaliar a percepção dos farmacêuticos e analisar os Cuidados Farmacêuticos após a implementação da Portaria na Rede de Atenção Primária à Saúde e de Especialidades. **Método:** Para o primeiro objetivo foi utilizado um questionário *online* aplicado antes e depois da normatização da Portaria. No segundo objetivo os dados foram coletados a partir de consultas farmacêuticas, informações em prontuários médicos, prescrições médicas, resultados de exames laboratoriais e descritivo efetuado pelos farmacêuticos em prontuários. **Resultados:** Com relação à percepção farmacêutica, trinta e dois farmacêuticos responderam os questionários. As opiniões dos profissionais farmacêuticos quanto os tipos de intervenções utilizadas, quanto sua capacidade de intervir, gerar bons resultados e na confiança dos pacientes para o farmacêutico foram semelhantes antes ou após a normatização da Portaria de Cuidados Farmacêuticos. No entanto, após a normatização da portaria houve aumento da participação nas reuniões da equipe multidisciplinar, com aumento das devolutivas de melhora da farmacoterapia durante as reuniões. Os profissionais farmacêuticos relataram, ainda, que se sentem mais inseridos na equipe (81.25%), necessidade da mudança de postura profissional (87,50%), e atualização acadêmica (96,88%). Com relação à caracterização dos Cuidados farmacêuticos após a normatização da Portaria, os pacientes encaminhados para a CF têm idade entre 40-89 anos e maioria são do sexo feminino (58,33%). Estes pacientes apresentaram comorbidades sendo as mais frequentes Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensão arterial e dislipidemia (25%), Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensão arterial ou Diabetes Mellitus Tipo 1 e Hipertensão arterial (12,5 %). O número de CF variou de uma (50%) até doze consultas (2,78%). Os Problemas Relacionados à Farmacoterapia (PRF) mais encontrados (p<0,0001) foram a interação medicamentosa (35,63%), frequência ou horário e administração incorreto (19,59%) entre outros. As classificações das interações medicamentosas foram de moderada (87,07%) a alta (12,93%) gravidade, com risco de hipotensão aguda (19,4%), aumento de efeito (17,91%) entre outros. As intervenções utilizadas pelos farmacêuticos foram o aconselhamento específico sobre a doença relacionada ao tratamento medicamentoso (45,83%), utilização de provisões de materiais como a Caixa Organizadora de Medicamentos (C.O.M) (69,89%) entre outros (2,78%). **Conclusão**: A implementação dos Cuidados Farmacêuticos de acordo com a Portaria nº 1.918 / 2016 aproximou os farmacêuticos dos pacientes usuários do SUS e da equipe multidisciplinar da sua Unidade de Saúde, promovendo um melhor acompanhamento do paciente com polifarmacoterapia, principalmente para diminuir a interação medicamentosa, reações adversas, PRF e facilitar a administração dos medicamentos por uso das caixas organizadoras de medicamentos.

Palavras-chave: 1. Cuidados Farmacêuticos, 2. Atenção Farmacêutica, 3. Consulta Farmacêutica, 4.SUS.

ABSTRACT

Introduction: Ordinance nº 1.918 / 2016, approved by the Municipal Department of Health of São Paulo (SMS-SP), regulates the Pharmaceutical Care in Primary Health and Specialized Care. The performance of the pharmacist is important for the expansion of health care and improvement in adherence to the drug treatment by the patients. Objective: The study aims to evaluate the perception of pharmacists and to analyze the Pharmaceutical Care after the implementation of Ordinance nº 1.918 / 2016 in the Primary Health and Specialized Care. Method: For the first objective, Pharmacists answered an online questionnaire before and after the implementation of the Ordinance. In the second objective, the data were collected from pharmaceutical consultations reports, information on medical records, medical prescriptions, results of laboratory tests and descriptions made by pharmacists in medical records. Results: With regard to pharmaceutical perception, thirty-two pharmacists answered the questionnaires. The opinions of the pharmacists as to the types of interventions used, their capacity to intervene, to generate good results and the patients' trust for the pharmacist were similar before or after the normalization of the Pharmacy Care Ordinance. However, after the normalization of the ordinance, there was an increase in participation in the meetings of the multidisciplinary team, with an increase in the number of referrals for improvement of pharmacotherapy during the team meetings and by the Community Health Agent, and reduced reports from the patient itself. After the normalization of the ordinance, pharmacists reported that they feel more inserted in the multidisciplinary team (81.25%), feel more professionally challenged (87.50%), and to update their knowledge (96.88%). Concerning the characterization of Pharmaceutical Care (PC) after the Ordinance implementation, the patients referred to PC are between 40-89 years old and the majority are female (58.33%). These patients presented comorbidities being the most frequently reported Type 2 Diabetes Mellitus, Hypertension and dyslipidemia (25%), Type 2 or Type 1 Diabetes and Hypertension (12.5%). The number of PF ranged from one (50%) to twelve visits (2.78%). The most frequent drug-related problems, among others, were drug interaction (35.63%), frequency or time and incorrect administration (19.59%), omission of doses (16.09%). The drug interactions ranged from moderate (87.07%) to high (12.93%) severity, with risk of acute hypotension (19.4%), increase (17.91%) or reduction (8.96%) of effect of the drug, among others. The most frequently used interventions by pharmacists were specific counseling on the disease related to drug treatment (45.83%), use of supplies such as the Organizer Box (69.89%), dosage schedule, pictographs, between others (2.78%). **Conclusion**: The implementation of Pharmaceutical Care in accordance with Ordinance nº 1.918 / 2016 approached pharmacists to the SUS' users and the multidisciplinary team of its Health Unit. Thus improving the follow-up of the patient with polypharmacotherapy, the reduction of the drug interaction, adverse reactions, drug-related problems, and the facilitation of drugs administration by using the drug organizers' box.

Key words: 1. Pharmaceutical Care, 2. Pharmaceutical Care, 3. Pharmaceutical Consulting, 4.SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1.1 - Percepção dos farmacêuticos quanto as principais intervenções utilizadas..... 40

Tabela 4.1.2 - Percepção do farmacêutico após a normatização da Portaria nº 1.918/2016[18], que institui o Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção Primária à Saúde e de Especialidades na SMS-SP.....42

Tabela 4.2.1 - Pacientes atendidos pelos farmacêuticos durante consulta segundo gênero.....45

Tabela 4.2.2 - Pacientes atendidos pelos farmacêuticos durante consulta segundo faixa etária.....45

Tabela 4.2.3 - Fatores de riscos modificáveis.....47

Tabela 4.2.4 - Problemas relacionados a farmacoterapia.....53

Tabela 4.2.5 - Comparação entre gênero quanto a interação medicamentosa...54

Tabela 4.2.6 - Comparação entre gênero quanto a frequência ou horário incorreto, sem alterar dose diária.....54

Tabela 4.2.7 - Comparação entre gênero quanto a omissão de doses pelo paciente.....54

Tabela 4.2.8 - Intervenção em forma de orientação e aconselhamento.....57

Tabela 4.2.9 - Intervenção farmacêutica de monitoramento.....58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxo de inclusão de paciente nos Cuidados Farmacêuticos.....23

Figura 4.2.1 – Prevalência das DCNT nos pacientes atendidos durante a CF....49

Figura 4.2.2 – Prevalência das comorbidades nos pacientes atendidos durante a CF.....50

Figura 4.2.3 – Relação do número de consultas por paciente.....50

Figura 4.2.4 – Média de consultas farmacêuticas no período de 2017 a 2018 por região estudada.....52

Figura 4.2.5 - Provisão de materiais.....56

Figura 4.2.6 – Medicações mais utilizadas pelos pacientes atendidos.....60

Figura 4.2.7 - Classes terapêuticas mais comumente utilizadas.....60

Figura 4.2.8 - Classificação das interações medicamentosas.....62

Figura 4.2.9 – Efeito-resposta das interações medicamentosas.....63

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

AE Ambulatório de Especialidades

AF Assistência Farmacêutica

CF Consultas Farmacêuticas

COM Caixa Organizadora de Medicamentos

DCNT Doenças crônicas Não Transmissíveis

DMT1 Diabetes Mellitus Tipo 1

DMT2 Diabetes Mellitus Tipo 2

ESF Estratégia Saúde da Família

GPABA Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

HBP Hiperplasia Benigna da Próstata

IRC Insuficiência Renal Crônica

ISA Inquérito de Saúde

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB Normas Operacionais Básicas

OMS Organização Mundial de Saúde

PAB Piso Assistencial Básico

PAS Pressão Arterial Sistêmica

PDR Plano Diretor de Regionalização

PNAUM Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos

PNM Política Nacional de Medicamentos

PRF Problemas Relacionados a Farmacoterapia

PRL Parelheiros

PSS Plano de Saúde Suplementar

RAM Reação Adversa à Medicamento

RAS Rede de Atenção à Saúde

SIGA Sistema Integrado de Gestão de Atendimento

SMSSP Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo

STS Supervisão Técnica de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

URM Uso Racional de Medicamentos

ANEXOS

ANEXO A - Formulário padronizado para realização da consulta farmacêutica

ANEXO B – Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP

ANEXO C – Autorização de pesquisa SMSSP

APÊNDICE

APÊNDICE A - Questionário sobre Percepção Farmacêutica

Sumário

1 INTRODUÇÃO 17

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004) 18

1.2 As Redes de Atenção à Saúde no Município de São Paulo 20

1.3 Uso inapropriado de medicamentos pela população 21

1.4 Portaria N°1.918/2016-SMS.G, que institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo 22

1.5 A quebra de paradigmas do profissional farmacêutico 26

1.6 Doenças Crônicas Não Transmissíveis 28

1.7 Polifarmacoterapia e Interações medicamentosas 31

1.8 A não adesão ao tratamento medicamentoso 32

2 OBJETIVO 35

2.1 OBJETIVO GERAL 35

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 35

3 MÉTODO 36

3.1 A percepção dos farmacêuticos com relação aos Cuidados Farmacêuticos 36

3.1.1 Método utilizado 36

3.1.2 Coleta de dados 36

3.1.3 Grupo amostral 37

3.2 Cuidados Farmacêuticos a partir das Consultas Farmacêuticas 37

3.2.1 Método utilizado 37

3.2.2 Coleta de dados 38

3.2.3 Análise Estatística 38

4 Resultados e discussão 39

4.1 A percepção dos farmacêuticos com relação aos Cuidados Farmacêuticos 39

4.2 Análise regional da implementação dos Cuidados Farmacêuticos na Rede de Atenção à Saúde e sua percepção pelos profissionais farmacêuticos 45

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 64

6 REFERÊNCIAS 68

ANEXO A 74

Formulário norteador para realização da consulta farmacêutica 74

ANEXO B 81

Parecer consubstanciado emitido pelo CEP 81

ANEXO C 82

Autorização de pesquisa SMSSP 82

APÊNDICE A 83

Questionário sobre percepção farmacêutica antes e depois da normatização da Portaria nº 1.918 / 2016 sobre Cuidados Farmacêuticos 83

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi desenvolvido para atender as necessidades da população brasileira, que é bem diversa cultural e socioeconomicamente, características estas que fazem com que os gestores dos locais em saúde desenvolvam e se adaptem às novas estratégias e normativas para garantir a integralidade do cuidado dos usuários do SUS. As estratégias devem ser montadas a partir do contexto histórico da construção do SUS, na estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e implementação de novas leis que fortalecem a gestão da saúde pública no Brasil.(1)

Como parte da Política Nacional de Saúde normatizada pela Lei 8.080/1990, temos a Política Nacional de Medicamentos a Portaria Ministério de Saúde (MS) /GM nº 3.916/98 e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (AF) (Resolução CNS nº 338/2004), as quais direcionam a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos em um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção, recuperação da saúde tanto individual como coletiva. Tem-se o medicamento como insumo essencial, visando o acesso o Uso Racional de Medicamentos (URM). O URM é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. Ressalta-se que a não adesão ao tratamento medicamentoso pelos usuários do SUS para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), denominadas como multifatoriais, que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração, resultam em um maior número de internações hospitalares e atendimentos em unidades de urgência e emergência no qual elevam os gastos econômicos de forma significativa para o Sistema Público de Saúde. A estimativa de gastos hospitalares e ambulatoriais do SUS com doenças crônicas correspondem a 69,1% dos gastos com o sistema público de saúde.(2–4)

No período de 2005 a 2015, o segmento terapêutico inadequado para as DCNT no Brasil causou perdas financeiras decorrentes de mortes prematuras causadas por doenças cardiovasculares e diabetes que resultaram em aproximadamente, 50 bilhões de dólares. A perda estimada em 2005 foi 2,7 bilhões de dólares e

pode ter atingido, em 2015, 9,3 bilhões de dólares. O processo de internações recorrentes é muitas vezes atrelado a não adesão ao tratamento medicamentoso e a falta de entendimento do tratamento pelo usuário, que por serem em sua maioria tratamentos polimedicamentoso que é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, acarretam em dificultar o processo de organização para administração dos mesmos.(4–6)

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004)

O Sistema Único de Saúde (SUS) se expande com as necessidades da rede de produção e gestão da assistência à saúde em um contexto de transversalidade. Importantes avanços ocorreram a partir de 1930 no Governo de Getúlio Vargas e as promulgações da Constituição de 1937 e 1946, as quais geraram mudanças importantes na organização das políticas públicas com uma estrutura centralizada com múltiplos programas, serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias. O contexto político e social, explicitado pelo então presidente da República João Goulart na III Conferência Nacional de Saúde realizada em dezembro de 1963 tornou uma das últimas ações democráticas antes do período militar (1964 a 1984). No período militar, o movimento sanitário ganhou força a partir de debates com profissionais da área da saúde, principalmente com médicos, acadêmicos e cientistas, em seminários e congressos sobre as epidemias, as endemias e a deterioração da qualidade de vida do povo. As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente, ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura, reabilitação, fortalecendo a cidadania quando afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado.(6)

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, síntese do movimento pela Reforma Sanitária e que, de certa forma, antecipa o que dois anos depois se tornaram as bases do SUS na nova constituição brasileira. O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a publicação da Constituição Federal em 1988, criando o SUS no qual foi

regulamentado pela Lei n° 8.080/90(2), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, o processo de implantação foi orientado pelas Normas Operacionais do SUS instituídas por meio de Portarias ministeriais. Tais normas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições.(6,7)

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) e a partir da NOB/SUS 01/96, no qual foi criada a Parte Variável do Piso Assistencial Básico (PAB) que correspondia a incentivos destinados às ações e programas, dentre eles o da AF Básica. A partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) NOAS/SUS 01/2001, que tinha como objetivo promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos nos níveis de atenção, foi instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR), estabelecendo as responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos gestores. O PDR foi um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em saúde em cada estado no qual foi elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados dentre elas o fornecimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.(6–8)

A NOAS/SUS 01/2001, instituiu também a Gestão Plena da Atenção Primária à Saúde ampliada, definindo áreas estratégicas para habilitação nesta condição, o controle da tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal com instituição do PAB-ampliado com valor fixado em R$10,50 habitante/ano. A esse respeito, a NOAS/SUS 01/2001 teve as seguintes modificações:

• O município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual.

• Estabeleceu que cabe aos estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.
• Foi estabelecida como prerrogativa dos estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do conjunto mínimo de serviços de média complexidade M1 em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA. As NOAB e NOAS tiveram um importante papel no processo de descentralização, na medida em que definiram competências, responsabilidades e condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as condições de gestão no SUS. Compreender e, principalmente, gerir um sistema de saúde que atende a aproximadamente 208 milhões de brasileiros são tarefas desafiadoras que exigem comprometimento e determinação para quem se compromete a entender como funciona esse sistema universal com todas as suas engrenagens e peculiaridades. Seja no âmbito federal, estadual ou municipal, a tarefa de gerenciar um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o SUS, é complexa. O SUS trouxe muitos avanços para a sociedade brasileira, mas ainda assim enfrenta inúmeros desafios que colocam em risco a sua viabilidade e dificulta com que ele cumpra de fato o seu papel de garantia universal de saúde pública de qualidade a toda população brasileira. A Política Nacional de Medicamentos (Portaria MS/GM nº 3.916/98) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS nº 338/2004), como parte da Política Nacional de Saúde – Lei 8.080/1990 estabelecem instrumentos para a organização de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência em saúde da população.(9,10)

1.2 As Redes de Atenção à Saúde no Município de São Paulo

A proposta de implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como forma de organização dos serviços de saúde no SUS, que se fez por meio de discussões dos gestores, foi institucionalizada por meio de publicações de Portarias e

Decreto Presidencial que dispôs sobre a organização deste sistema, de forma articulada, não fragmentada e em regiões de saúde, no qual foi instituída pela Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS no qual é caracterizada por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que interligadas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Para que a RAS cumpra seu papel, é imprescindível que a Atenção Primária à Saúde esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário nesta Rede. A Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (SMSSP) publicou em 2015 a Política Norteadora sobre a RAS no Município de São Paulo por meio da caracterização, reordenamento e criação de serviços de saúde combinados com a revisão do modelo de atenção à saúde. Desta forma, a RAS tem como objetivo proporcionar aos usuários do SUS da cidade de São Paulo uma rede de serviços de saúde racionalizada, resolutiva e que deve funcionar de maneira cooperativa e interdependente, intercambia constantemente seus recursos, estabelecida sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica.(11–13)

No contexto da Portaria sobre RAS, a AF está localizada a nível de ação depois dos ciclos logísticos dos medicamentos na RAS, que se dividem em: seleção, a programação, a aquisição, o armazenamento e a distribuição. O Cuidado Farmacêutico se enquadra no segundo grande eixo de apoio da RAS, no qual permite ao farmacêutico efetuar as ações clínicas juntos aos pacientes, fortalecendo o vínculo aos usuários, suas famílias e a comunidade.(12)

1.3 Uso inapropriado de medicamentos pela população

A análise dos indicadores relativos URM, segundo uma revisão sistemática envolvendo 900 estudos realizados em 104 países, apontou que o uso inapropriado de produtos farmacêuticos permanece um problema de saúde pública. A orientação no ato da dispensação dos medicamentos é essencial para o êxito no início do tratamento e seu URM pelo paciente, seja em farmácias do SUS ou nas Farmácias Privadas. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) de 2015 destaca que 74,8% dos

usuários relataram ter recebido orientações sobre o modo de usar dos medicamentos nas farmácias de serviços de atenção primária à saúde. Os profissionais farmacêuticos que trabalhavam em período integral nas UBS relataram que tinham uma maior chance de transmitir orientações aos usuários.(13,14)

A afiliação a algum plano de saúde resulta em facilidade de acesso ao atendimento e à prescrição médica, que aumenta utilização de medicamentos. Os beneficiários dos Planos de Saúde não possuem o serviço de Cuidados Farmacêuticos, pois este não é ofertado, e sim somente descontos na aquisição de medicamentos. Em decorrência da quantidade de medicamentos utilizados e o seu custo financeiro ter um impacto no orçamento dessa faixa etária, muitos idosos com Plano de Saúde Suplementar (PSS) também buscam obter os medicamentos, pelo menos parte, no SUS. Em relação ao PSS e a temática da AF foi discutida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar na Agenda Regulatória 2011-2012, no qual foi composta por nove eixos temáticos, entre eles a AF, com o objetivo de estudar alternativas de oferta de AF Ambulatorial para beneficiários do setor de saúde suplementar e portadores de patologias crônicas como forma de reduzir sub-tratamentos.(15)

1.4 Portaria N°1.918/2016-SMS.G, que institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo

Com o avanço dos processos organizativos da AF, a SMSSP instituiu o Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção Primária à Saúde e de Especialidades, por meio da Portaria 1918/2016 - SMS.G, publicada no Diário Oficial da Cidade de São Paulo em 27 de outubro de 2016.(16)

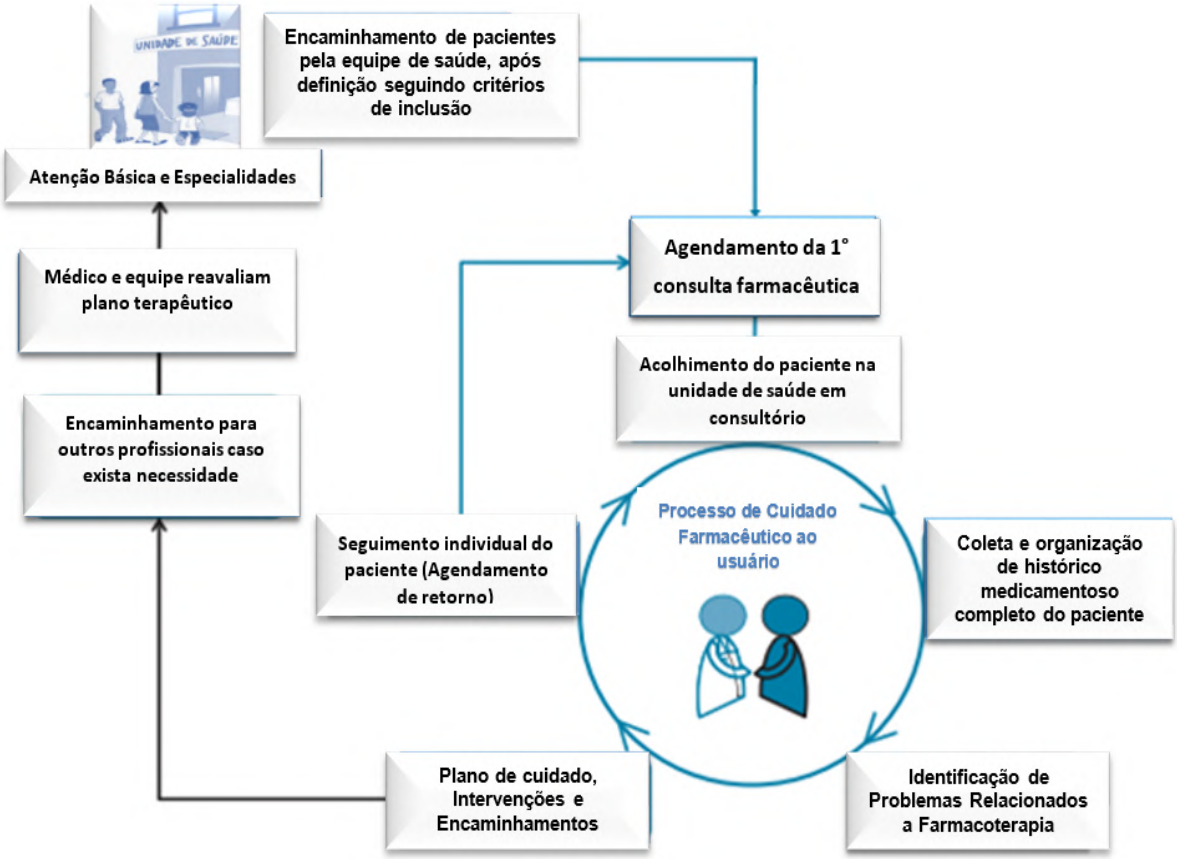
Os objetivos desta Portaria são: a) melhorar os resultados terapêuticos individuais e coletivos em saúde por meio de ações clínicas do farmacêutico integradas à equipe multidisciplinar (grupo de profissionais de saúde que trabalham em conjunto a fim de chegar a um objetivo comum), b) promover o URM junto aos prescritores, equipes de saúde e a comunidade, englobando ações de educação em saúde e farmacovigilância.

O processo inicial de acompanhamento utilizou a CF como um dos meios fundamentais para o desenvolvimento das ações clínicas assistenciais e são

apresentadas diretrizes relacionadas à organização do processo a ser implementado nas unidades de saúde (Figura 1).

A CF tem como objetivo a coleta e organização dos dados do paciente, a avaliação e identificação de PRF, a pactuação de um plano de cuidado e o seguimento individual quando necessário. A definição de quais pacientes devem ser consultados pelo farmacêutico, ocorre a partir da identificação pela equipe de saúde de pacientes com problemas de adesão ao tratamento medicamentosos (Figura 1)

Figura 1- Fluxo de inclusão de paciente nos Cuidados Farmacêuticos



Fonte: (Adaptação Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde - Ministério da Saúde 2014)

Em relação a metodologia específica de acompanhamento farmacoterapêutico tais como por exemplo o Método Minnesota e Método Dáder, o primeiro a ser desenvolvido foi o Método Minnesota na Universidade de Minnesota em 1988 nos Estados Unidos, por Strand, Morley e Cipolle. Este método também é conhecido como *Pharmacist Workup of Drug Therapy* que é a Análise da

Farmacoterapia pelo Farmacêutico e que se baseiam no sistema *Problem-Oriented Medical Record* ou seja, Prontuário Médico Orientado por Problemas, para desenvolver um raciocínio clínico e sistema de documentação adaptado à prática farmacêutica, a ser utilizado na identificação e resolução de problemas relacionados com medicamentos específicos dos pacientes.(17)

O Método Dáder foi desenvolvido na Espanha em 1999, por um grupo de pesquisadores em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada. Este método consiste em procedimentos que permitem realizar o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada, permitindo monitorar e avaliar os resultados da farmacoterapia, através da construção de um plano terapêutico onde ficarão registradas todas as intervenções farmacêuticas para melhorar ou preservar o estado de saúde.(18)

Ambos os métodos foram desenvolvidos para dar ferramentas, protocolos e procedimentos para a coleta de dados, reconhecimento de problemas relacionados à medicamentos, implantação dos cuidados farmacêuticos e acompanhamento do paciente. A Portaria não define um método específico, ficando a critério de escolha do método pelo profissional farmacêutico de acordo com a sua formação acadêmica e especificidades locais das unidades de saúde.(16)

A organização do processo de trabalho dos profissionais farmacêuticos nas unidades de saúde, também foi beneficiada, pois a Portaria direciona pontos importantes a serem considerados, como a promoção da inclusão do Cuidado Farmacêutico, contribuir com o trabalho da equipe multidisciplinar, definir critérios e grau de prioridade de encaminhamento de pacientes com problemas de adesão ao tratamento para o atendimento clínico farmacêutico, seja em consultas realizadas na visita domiciliar ou em consultório na unidade de saúde. Desta forma, é possível garantir a orientação integral ao usuário em relação ao uso correto e acesso aos medicamentos no âmbito da Atenção Primária à Saúde, Componentes estratégicos e Especializados da AF, melhorando a adesão, otimizando a farmacoterapia junto aos prescritores, evitando possíveis erros, interações medicamentosas e riscos associados.

A Portaria cita algumas possíveis intervenções a serem colocadas em práticas junto aos usuários em acompanhamento, tais como:

- Ações de revisão da farmacoterapia: consistem na avaliação de todos os medicamentos, prescritos e não prescritos, a fim de identificar problemas, como as interações medicamentosas ou baixa adesão ao tratamento, que possam comprometer os resultados terapêuticos;
- Ações de conciliação dos medicamentos: são conduzidas avaliações pelo farmacêutico a fim de conciliar as prescrições na transição entre níveis assistenciais;
- Ações para avaliação e promoção da adesão terapêutica: por meio de múltiplas estratégias, como orientação ao usuário, redução da complexidade do tratamento, material educativo e monitoramento contínuo, em especial aqueles pacientes com doenças crônicas;
- Ações de aconselhamento ao usuário: consiste em ações que viabilizem uma maior compreensão e autonomia do usuário quanto ao seu tratamento, com foco na adesão e no autocuidado;
- Ações de acompanhamento farmacoterapêutico: consiste em pactuar e monitorar metas terapêuticas, em tratamentos mais complexos e dificuldades no uso de medicamentos.(16)

No processo de CF, a Portaria indica a contemplação de quatro etapas deste processo:

1. Acolhimento do usuário e coleta de dados, que inclui a anamnese farmacêutica, investigação dos medicamentos utilizados e análise da história clínica do paciente. Quanto maior o acesso do farmacêutico às informações sobre o usuário, maiores são as chances de serem realizadas intervenções resolutivas na farmacoterapia;
2. Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia. Essa etapa tem o propósito de ajudar os pacientes a atingirem suas metas terapêuticas e a obterem o máximo de benefícios com o uso dos medicamentos. Os problemas podem estar relacionados à seleção, prescrição, administração de medicamentos e adesão ao tratamento pelos usuários ou também à forma de acesso e riscos relacionados à terapêutica utilizada;
3. Elaboração do plano de cuidado pactuado junto ao paciente e compartilhado com a equipe multidisciplinar;

4. Realização do acompanhamento farmacoterapêutico que estabelece metas terapêuticas a serem alcançadas, para avaliação das respostas advindas a partir do plano de cuidado.(16)

Direciona também o registro de forma adequada em prontuário, respeitando a metodologia e critérios definidos pela comissão de prontuário local e estruturação de agenda semanal que contemplam e conciliam atividades administrativas e de logística com as ações clínicas e assistenciais.

Com a normatização desta Portaria, foi possível o lançamento de produção de atividade profissional no Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA), o qual é utilizado para a gestão dos recursos e serviços prestados pelo SUS, mesmo não havendo metas estipuladas pela SMSSP para o profissional farmacêutico. Os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da SMSSP, faz com que a atuação do Farmacêutico junto às comunidades atendidas pelas Unidades de Saúde seja potencializada, com o objetivo de melhora na adesão ao tratamento medicamentoso, direcionando os gestores de saúde local a pactuarem de forma organizada a implantação regional deste serviço e aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes, que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, o URM e a inserção efetiva da AF como uma ação de saúde.(5)

Deve-se também direcionar seus profissionais de saúde a concretização de forma reiterada após efetuação do diagnóstico do território, o incremento de estratégias para potencializar a capacidade dos profissionais Farmacêuticos na orientação dos pacientes com doença crônica não transmissível (DCNT) bem como nas doenças de agravos transmissíveis que são acompanhados pelas equipes de ESF das unidades de Saúde nos territórios de atuação das Organizações Sociais de Saúde.

1.5 A quebra de paradigmas do profissional farmacêutico

Anteriormente, no Brasil, uma visão fragmentada da AF, colocou o profissional farmacêutico frente apenas aos ciclos logísticos da mesma. A expressão “assistência farmacêutica” ficou atrelada em um contexto focal para o abastecimento de medicamentos e neste cenário histórico após 30 anos do SUS

e 20 anos da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a AF, historicamente, se constituiu como uma área de suprimentos e logística, voltada ao apoio das ações e serviços de saúde, com baixa inserção às práticas sociais de cuidado e prestação de serviços farmacêuticos, dirigidas ao uso correto de medicamentos.(19)

Em geral, no Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos ciclos logísticos e coloca-se, ainda, pouco esforço no componente assistencial e de vigilância da farmácia clínica que é considerado o segundo grande componente do sistema de AF depois da logística dos medicamentos. A temática da integralidade desta assistência deve ser reforçada e constituem desafios para a esta integralidade a formação e a capacitação dos farmacêuticos para o exercício da farmácia clínica, o reconhecimento do papel deles nas equipes de saúde e a atuação integrada a dos demais profissionais de saúde.(20)

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Farmácia demonstram a necessidade da formação de profissionais capazes de garantir assistência integral à saúde. No entanto, é preciso avançar mais neste sentido. A falta de reconhecimento profissional pelo próprio farmacêutico, decorrente do desenvolvimento histórico da área que ficou focada por muito tempo a indústria farmacêutica, devem ser superadas como novas práticas propostas como a Farmácia Clínica e a Atenção Farmacêutica já colocada em prática no Brasil e no mundo.(21)

No Brasil, há necessidade do resgate das farmácias como locais de assistência à saúde da população como outros países já o fizeram.(22)

A AF no âmbito do SUS se encontra em profunda transformação, a partir da mudança dos objetivos iniciais da atuação deste profissional de saúde, antes vinculado a processos de gerenciamento de farmácias e equipe técnica e com pouco foco na Farmácia Clínica.

Atualmente com a implementação da Portaria nº 1.918 / 2016, com o deslocamento das ações deste profissional para a farmácia clínica, processo este que envolve o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância, fez com que este profissional passasse a ser membro de uma equipe multidisciplinar de saúde, interagindo com os demais profissionais e relacionando-se com as pessoas usuárias, suas famílias e a comunidade, de forma que gere vínculos

permanentes, com base no acolhimento e na humanização das práticas clínicas.(16)

Tais necessidades de adequação colocam o profissional ao encontro de demandas provenientes das necessidades da população assistida pelo SUS.

A reorientação da AF parte do princípio da quebra de paradigma pelo próprio profissional farmacêuticos no contexto atual buscando o princípio da integralidade no SUS em um movimento contínuo de mudanças.

1.6 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Dados obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, mostrou que a população idosa é a faixa de idade com maiores índices de DCNT e em torno de 80% dos idosos padecem com uma ou mais DCNT, 36% com três delas e aproximadamente 55% destes indivíduos possuem PSS.(15)

As DCNT tendem a ser de longa duração, apresentam momentos de agudização e são resultados de fatores genéticos, fisiológico, ambientais e comportamentais. Constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, incapacidades, além de impactos econômicos para famílias e a economia dos países. São consideradas um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano.(23)

Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as DCNT sejam responsáveis por cerca de 71% de todas as mortes no mundo. (18)

Estima-se que ocorram 38 milhões de mortes anuais, desses óbitos, 16 milhões ocorrem em pessoas com idade menor que 70 anos de idade e quase 28 milhões pertencem a países de média e baixa renda. (21)

A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Evidências globais indicam que a alta carga de morbidade das DCNT resulta em custos econômicos e sociais significativos que ameaçam diminuir a qualidade de vida de milhões de indivíduos, empobrecer as famílias e comprometer o sistema público de saúde. Geram também um menor acesso aos

serviços de saúde, às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças.(23–26)

É essencial gerar evidências no nível regional e nacional sobre o efeito das DCNT no desenvolvimento socioeconômico, no custo-benefício da aplicação de medidas de prevenção, incidência nas desigualdades sociais e a relação entre mudanças nos padrões de consumo.(23)

A intervenção nos fatores de risco, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo. Estes fatores de risco comportamentais para DCNT estão presentes mundialmente em grupos socioeconômicos de baixa renda, não são confinadas às nações mais ricas. Revisões sistemáticas demonstram que países de alta renda apresentam uma associação positiva entre as características socioeconômicas com o alto consumo de frutas, legumes, fibras e peixes e grupos de pessoas em países com baixa renda tendem a consumir quantidades maiores de sal e alimentos processados.(25,27)

A relação entre rápida urbanização não planejada e desordenada, globalização de estilos de vida não saudáveis, incorporação de questões culturais diferentes das tradicionais de determinados grupos de pessoas, assim como mudança nos hábitos alimentares não saudáveis, inatividade física, tabagismo passivo e ativo e o uso nocivo do álcool podem levar ao desenvolvimento de pressão arterial sistêmica (PAS) elevada, hiperglicemia, hiperlipidemia e obesidade. Estes são chamados de fatores de risco metabólicos que podem levar a doenças cardiovasculares, uma das principais DCNT relacionadas a mortes prematuras.

Na lógica de redução da epidemia de DCNT no mundo, em agosto de 2015, as Nações Unidas e seus países membros concluíram o documento denominado de Agenda de Desenvolvimento Sustentável Pós-2015, chamada de Agenda 2030 que corresponde a um conjunto de programas, ações para reduzir em um terço a mortalidade prematura por DCNT com foco na prevenção e tratamento até 2030.(27,28)

As principais fontes de dados no Brasil constituem os sistemas de informação de morbimortalidade e inquéritos de saúde (ISA) periódicos e especiais. É essencial gerar evidências no nível regional e nacional sobre o efeito das DCNT no desenvolvimento socioeconômico, no custo-benefício da aplicação de medidas de prevenção, incidência nas desigualdades sociais e a relação entre mudanças nos padrões de consumo. (23,25)

Para Porter , parte da escolha estratégica das linhas de serviço advém da análise de equiparação entre a complexidade e acuidade das condições diagnosticadas e tratadas com as habilidades, os recursos tecnológicos, as instalações e a base de custos da instituição. Investir em uma melhor gestão no manejo das DCNT é fundamental para uma melhora dos níveis de resolutividade no cuidado em saúde. Detectar, rastrear, tratar essas doenças e fornecer acesso para pessoas ao nível da Atenção Primária à Saúde.

Para uma efetiva prevenção das DCNT e por fazerem parte de doenças no qual tem relação direta com o território de moradia, associado às questões socioeconômicas e culturais, a Atenção Primária à Saúde juntamente com a ESF, passa ser a ordenadora do cuidado destas condições crônicas de saúde que fazem parte da condição de saúde.(29,30)

Para Mendes, a categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento. São definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas, dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias.(31)

Boa parte das mortes por doenças crônicas podem ser evitadas com ações voltadas a prevenção em saúde. A OMS, fez uma estimativa de que poderiam ser evitadas, no mundo, em 2015, com medidas de prevenção de doenças crônicas, 36 milhões de mortes.(32)

O Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de subsidiar o planejamento estratégico, a execução, avaliação da prevenção e do controle no Brasil das DCNT, implantou no ano de 2015 o Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Sistema Único de Saúde para vigilância de fatores de risco e proteção integrado, capaz de produzir informações e fornecer evidências para monitorar mudanças nos comportamentos de saúde da população.(24)

Neste contexto, o trabalho da ESF e da equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF[1]) * podem utilizar diversos tipos de intervenções viáveis, de baixo custo financeiro e que proporcionam resolubilidade a curto e a médio prazo, refletindo de modo positivo nos gastos do SUS. As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de riscos e no qual estes riscos são modificáveis, cabe um olhar de cuidado longitudinal em saúde pela ESF/NASF junto a esta população.(33)

1.7 Polifarmacoterapia e Interações medicamentosas

A polifarmacoterapia está presente no tratamento das DCNT, correspondendo um importante ponto a ser considerado no contexto da adesão ao tratamento medicamentoso para o manejo de várias condições de saúde, comorbidades e medicamentos prescritos de forma contínuo.

A associação otimizada de fármacos, prescritos de acordo com a melhor evidência disponível, pode curar, minimizar danos, aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida. Porém, algumas terapias são inadequadas e podem ocasionar reações adversas e interações medicamentosas.(32)

Embora o uso de múltiplos medicamentos seja amplamente referido como polifarmácia, considera-se polifarmacoterapia o uso de cinco ou mais medicamentos.(34,35)

As décadas de 40 e 50 assinalam, na América, o momento da transição do perfil de morbidade das doenças infecciosas e parasitárias para problemas crônicos e degenerativos.(32) Isso porque a expectativa de vida no mundo tem aumentado significativamente depois do ano 2000, mas as desigualdades persistem entre os países. Esta relação reflete um maior número da população com DCNT nos países mais pobres e em contrapartida um aumento significativo da população idosa e suas comorbidades. Os sistemas de saúde dos países precisam ser

[1] * Poderão compor os NASF as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista; Assistente Social, Profissional/Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista/Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, Médico Geriatra, Médico Internista (clínica médica) e Médico do Trabalho.

fortalecidos e adaptados para atender às prioridades de saúde associadas às mudanças demográficas e transições epidemiológicas, desenvolvendo rapidamente tecnologias e mudando as expectativas da população.(36)

O ISA sobre uso de medicamentos no município de São Paulo, realizada em 2015, relatou a associação entre a polifarmacoterapia e variáveis sociodemográficas, estilo de vida e indicadores de condições de saúde, esta relação é direcionada pelas interações medicamentosas, polifarmacoterapia nas DCNT para os pacientes atendidos na faixa etária de 40 a 59 anos (9,6%) e 60 anos ou mais (27,8%) sendo 64% mulheres.(37)
Estas variáveis são consideradas os principais fatores de risco para ocorrência de interações medicamentosas e Reação Adversa a Medicamento (RAM). Uma interação medicamentosa ocorre quando os efeitos e/ou a toxicidade de um fármaco são alterados pela presença de outro, podendo ser benéfica (aumento da eficácia) ou maléfica (diminuição da eficácia e/ou toxicidade). Fica evidente de que a polifarmacoterapia é uma realidade na população atendida no âmbito da atenção primária à saúde do SUS e pode estar relacionada ao uso exacerbado ou inapropriado de medicamentos, principalmente na população idosa.(37,38)

1.8 A não adesão ao tratamento medicamentoso

De acordo com a OMS, cerca de 50% dos portadores de doenças crônicas não aderem aos tratamentos farmacológicos, refletindo de forma significativa em não atingir resultados clínicos esperados.(33)
Esquemas complexos de medicação relacionados à polifarmacoterapia podem levar à não adesão em idosos. Estudos relataram taxas de adesão à medicação entre 43% e 95%. A variabilidade pode ser atribuída a diferentes definições de adesão, características populacionais e como a adesão foi medida. O número de medicamentos demonstrou ser um preditor mais forte de não adesão do que o avanço da idade, com taxas mais altas de não adesão à medida que aumenta o número de medicamentos. A não adesão pode levar a sequelas graves, incluindo progressão da doença, falha no tratamento, hospitalização e eventos adversos.(39)

A não adesão ao tratamento medicamentoso pode ter diversos motivos desde a falta de entendimento do tratamento à interação medicamentosa, assim, o serviço de Cuidado Farmacêutico na RAS deve estar preparado para atender as demandas e necessidades características do território de atuação da unidade de saúde no que diz a respeito principalmente o tratamento medicamentoso.

O acompanhamento farmacoterapêutico aos usuários do SUS deve fortalecer a adesão ao tratamento medicamentoso e a melhora do cuidado em saúde, podendo resultar em redução no número de internações hospitalares e atendimentos em unidades de urgência e emergência.

A identificação da dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso baseado em históricos de agravamento das DCNT não controladas por estes pacientes, possibilita aos profissionais farmacêuticos utilizarem intervenções e documentá-las, permitindo efetuar o planejamento de CF de retorno e decisões de maneira conjunta com o paciente no acompanhamento farmacoterapêutico. Ocorre o compartilhamento das intervenções definidas nas CF para a equipe multidisciplinar das unidades de saúde. Esta organização se faz necessário como fator de mudanças na percepção de saúde pelo usuário, melhorando o processo de cuidado longitudinal.

Em relação a RAM, a suspensão de medicamentos desnecessários é possível desde que seja feita uma avaliação criteriosa compartilhada com o médico e em alguns casos seja necessário reduzir a dosagem, prevenindo desta forma quaisquer eventos adversos no qual reduzem a adesão, principalmente em pacientes idosos, pois decorrente das mudanças de estado de saúde, os medicamentos podem se tornar ineficazes e mais prejudiciais. O metabolismo corpóreo do idoso é afetado e a excreção de muitos medicamentos diminuem, sendo necessário avaliar a dosagem de medicamentos ao serem prescritos.(39)

Também é importante evitar a cascata iatrogênica (utilização de medicamentos para tratar problemas de saúde causados por outro medicamento), escolher medicamentos que possuem índices terapêuticos amplos e descontinuar quando possível o uso de medicações que possam causar efeito adverso, para isso pode-se utilizar os Critérios de Beers, desenvolvido pela Sociedade Americana de Geriatria para medicamentos potencialmente inadequado para idosos. Estes critérios devem ser utilizados pelos médicos para efetuação de receitas médicas com propostas terapêuticas mais seguras para os pacientes idosos e deve ser

de conhecimento da equipe multidisciplinar e dos profissionais farmacêuticos, no qual poderá utilizá-lo como ferramenta nas CF, verificando a farmacoterapia atual para posterior discussão em reunião de equipe, caso encontre pacientes idosos com prescrições com medicações potencialmente inadequada, permitindo uma reavaliação do médico da equipe. Além de melhorar a seleção de medicamentos, educar médicos e pacientes, a adoção dos Critérios de Beers reduz eventos adversos a medicamentos nesta população idosa.(40)

Os fatores relacionados com a não adesão ao tratamento descritos na literatura estão relacionados com características individuais do paciente, à doença em si, aos medicamentos utilizados e à interação entre o paciente e o acesso aos serviços de saúde, entre outros. Determinadas condições de saúde ou tratamentos podem apresentar características que levam a barreiras específicas para a adesão. (30,38)

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Os objetivos deste trabalho foram avaliar a percepção dos farmacêuticos e caracterizar os Cuidados Farmacêuticos após a sua implementação de acordo com a Portaria nº 1.918 / 2016 (16) sobre Cuidados Farmacêuticos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Avaliar a percepção farmacêutica a respeito dos Cuidados Farmacêuticos antes e após a normatização da Portaria nº 1.918 / 2016 (16);

2) Caracterizar os Cuidados Farmacêuticos a partir das CF;

• Traçar o perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico dos pacientes;

• Caracterizar os PRF;

• Caracterizar as intervenções farmacêuticas.

3 MÉTODO

Tipo de estudo

Este foi um estudo exploratório, realizado a partir da percepção de profissionais farmacêuticos e da análise de dados presentes em prontuários médicos a partir de consultas farmacêuticas realizadas no âmbito domiciliar e/ou na unidade de saúde no período de outubro de 2016 a janeiro de 2019.

Aspectos éticos

A presente pesquisa foi desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Santo Amaro (UNISA), CAE 77408717.5.0000.0081 e do recebimento da carta de autorização das instituições envolvidas (Anexos C e D).

Local da pesquisa

Do total de 38 Unidades de Saúde inclusas no estudo, foram 36 UBS com modalidade de ESF e 2 AE nas regiões de Capela do Socorro e Parelheiros, pertencentes a Coordenadoria Regional de Saúde Sul, no município de São Paulo e gerenciadas pela Organização Social de Saúde Associação Saúde da Família.

3.1 A percepção dos farmacêuticos com relação aos Cuidados Farmacêuticos

3.1.1 Método utilizado

A percepção dos farmacêuticos com relação aos Cuidados Farmacêuticos foi avaliada a partir de questionário (Apêndice A) com perguntas abertas e fechadas. O questionário foi aplicado em dois momentos, um anterior e outro após um ano da implantação da Portaria nº 1.918 / 2016 (16) sobre Cuidados Farmacêuticos.

3.1.2 Coleta de dados

Para a coleta dos dados o questionário foi adaptado para a plataforma *Google Forms*, um dos aplicativos que faz parte do *Google Drive*.

O questionário online, foi disponibilizado através de um endereço eletrônico que permitiu o seu preenchimento pelos farmacêuticos e as respostas ficaram disponíveis imediatamente na página do *Google Forms* do pesquisador.

3.1.3 Grupo amostral

O grupo amostral das regiões de Capela do Socorro (C.S) e Parelheiros (PRL) pertencem as seguintes unidades de saúde:

Unidades Básicas de Saúde (UBS/C.S): Alcina Pimentel Piza, Cantinho do Céu, Chácara do Conde, Chácara do Sol, Chácara Santo Amaro, Gaivotas, Eliane, Jardim Novo Horizonte, Jardim Orion, Três Corações, Jardim Shangrilá, Jordanópolis, Parque Residencial Cocaia, Varginha, Vila Natal, Vila da Paz.

Assistência Médica Ambulatorial/Unidade Básica de Saúde Integrada: Jardim Castro Alves, Jardim Icaraí e Jardim Mirna.

Ambulatório de especialidades (AE): Milton Aldred e Jardim Cliper.

Unidades Básicas de Saúde (UBS/PRL): Barragem, Colônia, Dom Luciano Bergamin, Jardim das Fontes, Jardim Embura, Jardim Iporã, Jardim Santa Fé, Jardim São Norberto, Jardim Silveira, Marsilac, Nova América, Parelheiros, Recanto Campo Belo, Vargem Grande, Vera Poty, Vila Marcelo e Vila Roschel.

Estes serviços totalizam 38 Unidades de Saúde.

3.2 Cuidados Farmacêuticos a partir das Consultas Farmacêuticas

3.2.1 Método utilizado

Foram analisados os dados provenientes das consultas realizados por farmacêuticos de pacientes com DCNT indicados pela equipe multidisciplinar das unidades de saúde relacionadas acima e verificação pelo pesquisador das interações medicamentosas.

O grupo amostral foi definido a partir dos seguintes critérios

- de inclusão: Pacientes adultos e idosos portadores de DCNT, com dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e incluindo as respostas dadas por cuidadores, indicados e acompanhado pela ESF das Unidades de Saúde definidas pela equipe multidisciplinar para dar início ao acompanhamento pelos Cuidados Farmacêuticos.

- de exclusão: foram excluídos desta pesquisa crianças e adolescentes.

3.2.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por consulta em prontuários médicos, prescrições médicas, resultados de exames laboratoriais e relatórios das consultas farmacêuticas aplicadas pelos profissionais farmacêuticos das Unidades de Saúde durante processo de Cuidados Farmacêuticos aos pacientes indicados pela equipe de saúde das unidades.

Para a coleta de dados sobre interações medicamentosas e o tipo de grau de interação, foi utilizado o Aplicativo *MedScape* instalado no sistema *Android* do celular e acessado pelo computador a partir dos dados dos prontuários médicos.(41)

3.2.3 Análise Estatística

Para análise dos resultados foi utilizado o *software* BioEstat 5.3 e foram aplicados os seguintes testes estatísticos:

1. Teste G de Cochran, com o objetivo de comparar as frequências com que ocorrem os problemas relacionados à farmacoterapia e as intervenções em forma de orientação e aconselhamento. Este teste foi aplicado, separadamente, para os gêneros feminino ou masculino.
2. Teste exato de Fisher, com a finalidade de comparar os gêneros feminino ou masculino com relação à interação medicamento-medicamento, o horário de administração incorreta, presença da orientação de doses, tratamento específico e tratamento de forma geral.
3. Teste de Qui quadrado para tabelas de contingência para comparar as frequências com que ocorreram as intervenções farmacêuticas de monitoramento.

4 Resultados e discussão

4.1 A percepção dos farmacêuticos com relação aos Cuidados Farmacêuticos

A aplicação do questionário em fevereiro de 2017, foi permitido mesmo após a normatização da Portaria em outubro de 2016, pois levou-se dois meses para alinhamento dos processos na RAS pela parceira de saúde, quanto ao setor de gerência de informação adequar os dados de cadastro junto aos sistemas de informação. (16)

Os profissionais farmacêuticos apresentam idade entre 26 e 44 anos, destes 55,26% são do sexo feminino, com 2 a 10 anos após a formação acadêmica, a grande maioria (94,74%) são graduados em Faculdades Privadas e 45,16% possuem pós-graduação em Farmácia Clínica.

A Portaria nº 1.918 / 2016 destaca quatro etapas na CF, sendo a primeira a anamnese farmacêutica, investigação dos medicamentos utilizados e análise da história clínica do paciente. A segunda etapa, a identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia. Após a identificação dos PRF, RAM e dos motivos da falta de adesão, é elaborado o plano de cuidado e intervenções farmacêuticas de acordo com a necessidade do paciente e compartilhado com a equipe multidisciplinar.(16)

Os farmacêuticos foram questionados sobre as intervenções utilizadas com maior frequência antes e depois da implementação dos cuidados farmacêuticos. De acordo com a Portaria nº 1.918 / 2016 as intervenções farmacêuticas são classificadas como mostrado na Tabela 4.1.1. Pode se observar que houve maior utilização das intervenções de forma geral após a implementação da Portaria, sendo as mais utilizadas o aconselhamento ao paciente e cuidador sobre o armazenamento de medicamentos, seguido por tratamento medicamentoso específico para a sua doença, acesso aos medicamentos e sobre tratamentos de forma geral que relaciona a doença de maneira mais ampla com o processo do dia a dia do mesmo, e as medidas não farmacológicas, como exemplo, orientações sobre cuidados com dietas e atividade física.

Tabela 4.1.1 – Percepção dos farmacêuticos quanto as principais intervenções utilizadas.

Aconselhamento ao paciente/cuidador mais utilizadas, segundo os farmacêuticos.	Normatização da Portaria	
	Antes (%)	Depois (%)
Acesso aos medicamentos	66%	84%
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	38%	69%
Armazenamento dos medicamentos	75%	91%
Auto monitoramento	47%	63%
Condições de saúde de forma geral	38%	72%
Medidas não farmacológicas	56%	75%
Tratamento específico	63%	88%
Tratamentos de forma geral	59%	81%

Os farmacêuticos podem obter as informações de melhorias referente às intervenções aplicadas nas consultas farmacêuticas de diversas fontes como pelos prontuários e pelas devolutivas que são pareceres fornecidos pelo próprio paciente ou equipe de saúde. Pode-se observar que houve uma mudança no perfil de devolutivas após a normatização da Portaria nº 1.918 / 2016 (16) resultando em aumento das devolutivas durante a reunião de equipe (de 25% para 37%), pelo Agente Comunitário de Saúde (de 9% para 30%) e uma redução da devolutiva efetuada pelo próprio paciente (de 56% para 33%), por prontuários, por profissionais da equipe NASF e pelos médicos (3% para 0%).

A redução das informações dadas pelos pacientes e o acréscimo nas devolutivas pela equipe de saúde da unidade, pode indicar que as unidades de saúde estão efetuando abertura de forma gradativa ao profissional farmacêutico para participação das reuniões técnicas e de equipe, que antes ficavam restritos às rotinas do setor de farmácia, gerenciamento da equipe de Técnicos de Farmácia e efetuando dispensação de medicamentos. O processo vem ao encontro com a temática de organização de agenda e participação mais efetiva deste profissional de saúde, descrita na Portaria. Os resultados da pesquisa se assemelham com os dados de implantação do serviço de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde do município de Curitiba em que 55,6% das devolutivas sobre melhora e indicação de pacientes para Acompanhamento farmacoterapêutico são provenientes da equipe multidisciplinar.(42)

Os farmacêuticos, ao exercerem os cuidados Farmacêuticos, têm participação direta sobre o resultado da farmacoterapia, e para isso deve estar integrado à equipe de saúde, bem como ter confiança, vínculo e entendimento do paciente.

Os profissionais foram questionados sobre a sua percepção, antes e após a normatização, com relação à orientação aos pacientes, sua recepção e sua participação na equipe de saúde. Não houve alteração das porcentagens de respostas antes ou depois da normatização da Portaria, onde a maioria dos profissionais farmacêuticos perceberam que os usuários não entendem as orientações dadas (78%), mas têm confiança nas orientações farmacêuticas (78%) e sentem segurança para discutir casos com a equipe multidisciplinar (68,8%). Houve redução na percepção dos farmacêuticos após a normatização da Portaria em relação a capacidade de intervir (62,5% para 54,8%), de serem responsáveis por obterem bons resultados (56,3% para 54,8%) no uso de medicamentos pelo um usuário e percepção de sentir-se trabalhando em equipe (53,1% para 46,9%).

Em relação a percepção do não entendimento dos pacientes sobre as orientações dadas, devemos correlacionar o resultado com problemas de comunicação entre profissional de saúde ao paciente. Assim, o tempo de formação acadêmica destes profissionais (2 a 10 anos) podem ter uma relação direta com o resultado. Vale ressaltar que há uma década, as metodologias de ensino no Brasil utilizadas para desenvolver a comunicação farmacêutica estavam sendo desenvolvidas e não eram o foco de atuação do farmacêutico na Farmácia Clínica. Uma boa comunicação é indispensável na interação farmacêutico-paciente para um bom andamento das intervenções sugeridas.

Após a implementação da Portaria nº 1.918 / 2016(16) nas unidades básicas, os farmacêuticos passaram a realizar visitas de forma conjunta como os ACS. Vale ressaltar que anterior a implementação desta Portaria, os farmacêuticos realizam as visitas domiciliares com consultas, mas de maneira desvinculada da sua participação nas reuniões de equipes e sem quantificação de dados de produção de atividades junto ao sistema SIGA. Os farmacêuticos indicaram que há uma boa receptividade pela população quanto aos Cuidados Farmacêuticos (96,88%). Os farmacêuticos foram inseridos na participação de discussão de casos com a equipe multidisciplinar de sua Unidade de Saúde após a normatização da CF. Quando questionados sobre como se sentem em relação à equipe multidisciplinar de saúde, somente parte dos profissionais sentem-se integrados com os demais profissionais (53,1%), apesar de afirmarem (81,25%) que houve uma maior inserção na equipe após a normatização da Portaria.

Ao fazer parte da equipe multidisciplinar de sua Unidade de Saúde, os farmacêuticos podem participar das discussões sobre os pacientes com dificuldade de aderir ao tratamento medicamentoso, discutir sobre tratamentos não medicamentosos, desmedicalização, prescrição médica segura, RAM e incluir tema para discussão em equipe para aprimoramento no formato de Educação Permanente.

Parte dos profissionais farmacêuticos percebem uma maior necessidade de especialização e atualização do conhecimento em Cuidados Farmacêuticos (96,88% - Tabela 4.1.2) e que houve mudança na postura como profissional (87,50%). As mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias fazem-se, na gestão da condição de saúde, por meio de potentes processos de educação permanente com os profissionais de saúde. Em relação aos pacientes faz-se através de processos de educação em saúde.(4)

Tabela 4.1.2 - Percepção do farmacêutico após a normatização da Portaria nº 1.918/2016, que institui o Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção Primária à Saúde e de Especialidades na SMS-SP

Questões abordadas sobre percepção farmacêutica	Sim (%)	Não (%)	Total (%)
Necessidade de infraestrutura e pessoal no setor da farmácia	100,00	0,00	100,00
Necessidade de especialização ou atualização do conhecimento	96,88	3,13	100,00
Boa receptividade pela população	96,88	3,13	100,00
Houve a mudança na postura do farmacêutico	87,50	12,50	100,00
Houve maior inserção do farmacêutico nas equipes de saúde	81,25	18,75	100,00

Ainda, todos os profissionais farmacêuticos (100%) relatam a necessidade de uma melhor infraestrutura e número adequado de recursos humanos na farmácia (Tabela 4.1.2) para um bom desenvolvimento dos Cuidados Farmacêuticos. Existe uma preocupação de utilização de espaços adequados para efetuar as consultas farmacêuticas, pois garantem maior qualidade neste processo. As consultas foram realizadas em sua maioria na visita domiciliar (97,2%), decorrente de fatores que ainda carecem de ser melhorados nas unidades de saúde, como por exemplo a organização de uma agenda de consultas farmacêuticas nos consultórios médicos que estão disponíveis somente quando estes estão em visita domiciliar. A equipe de saúde e equipe NASF são

responsáveis pelo planejamento mensal das atividades da equipe multidisciplinar e das agendas das consultas farmacêuticas.

Existem vantagens e desvantagens na consulta realizada na unidade de saúde. As vantagens das consultas realizadas na unidade de saúde são a maior privacidade do paciente para relatar os problemas, a possibilidade de coleta de dados sobre parâmetros fisiológicos, como aferição de PAS e Glicemia antes da CF pela equipe de enfermagem, medidas antropométricas (altura, peso, IMC e circunferência abdominal), utilizando os equipamentos disponíveis no serviço e a possibilidade de consultas compartilhadas com profissionais da equipe NASF que estejam em atividade interna na unidade de saúde.

As desvantagens da CF realizadas no consultório é a falta do olhar e da percepção sobre outros fatores que determinam a sua continuidade ou descontinuidade do tratamento e que somente a consulta no domicílio podem oferecer, tais como fatores comportamentais como percepção e formas de enfrentamento das adversidades, como fatores externos, problemáticas de vida, problemas familiares, local de moradia e convivência social.

A realização de agendamentos de consultas que permitam aos farmacêuticos transitarem nestes dois espaços é fundamental para ampliação da percepção, tomadas de decisões e sugerir intervenções mais próximas da realidade de vida do paciente.

Vale ressaltar que pesquisas sobre percepção farmacêutica demonstram resultados no qual a preocupação com eixos basais como infraestrutura, Recursos Humanos e a busca em se capacitar sobre a temática de farmácia clínica, entendem-se que estes pontos devem ser observadas e tangíveis ao mesmo, como pode-se verificar no comentário a seguir, no qual esta necessidade pode ser percebida nos discursos dos profissionais.(43,44)

- Necessidade de capacitação para a prática da Atenção Farmacêutica

"...e também acho que o farmacêutico teria que ter um aperfeiçoamento sobre isso (Atenção Farmacêutica), não tem como. Se não fizer isso, eu acho que também vai estar fazendo coisas sem saber o que está fazendo." [42]

- Falta de condições de trabalho para o desempenho das ações de Atenção Farmacêutica

“Como só tem um farmacêutico responsável é difícil” [42]

“...se você tem mais de um farmacêutico no estabelecimento daí talvez dê tempo de você dar maior atenção.” [42]

“Se tivesse condição seria o ideal, mas a realidade é outra. Não dá pra fazer Atenção Farmacêutica porque tem muito serviço.” [42]

- Atenção Farmacêutica como possibilidade de resgate do papel do farmacêutico

“ Antigamente o farmacêutico era muito importante, o que nós estamos tentando é resgatar tudo isso novamente, se ele conseguisse realmente colocar isso daí (Atenção Farmacêutica), a gente estaria resgatando tudo o que o farmacêutico já foi um dia.” [42]

4.2 Análise regional da implementação dos Cuidados Farmacêuticos na Rede de Atenção à Saúde e sua percepção pelos profissionais farmacêuticos

O presente estudo avaliou dados a partir de 41 consultas realizadas por 23 farmacêuticos distribuídos em 38 unidades de saúde da Rede de Atenção Primária à Saúde e Especialidades de dois territórios da região sul do município de São Paulo. Os dados foram coletados a partir de consultas farmacêuticas, informações em prontuários médicos, prescrições médicas, resultados de exames laboratoriais e descritivo efetuado pelos farmacêuticos em prontuários. Parte dos pacientes encaminhados para a CF foi do sexo feminino (58,33%) na Tabela 4.2.1 e a idade média dos pacientes atendidos foi de 66 anos conforme Tabela 4.2.2.

Tabela 4.2.1 – Pacientes atendidos pelos farmacêuticos durante consulta segundo gênero

Gênero	Número	%
Masculino	15	41,67
Feminino	21	58,33
Total	36	100,00

Tabela 4.2.2 – Pacientes atendidos pelos farmacêuticos durante consulta segundo faixa etária

Idade	Número	%
40 - 49	3	8,33
50 - 59	9	25,00
60 - 69	5	13,89
70 - 79	14	38,89
80 - 89	5	13,89
Total	36	100,00

Outros dados como peso, quesito raça/cor, altura, índice de massa corpórea, circunferência abdominal e grau de escolaridade foram encontrados incompletos ou sem registro nos prontuários médicos no período pesquisado.

A falta de alguns dados para seguimento longitudinal dos pacientes nos prontuários, demonstram necessidade de aprimoramento na utilização deste instrumento fundamental para a equipe multidisciplinar. Alguns dados ausentes, poderiam ser complementados pelos farmacêuticos, caso parte das CF ocorressem nas unidades de saúde, pois estes dados fazem parte da primeira etapa de um total de quatro para realização da consulta (acolhimento do usuário e coleta de dados, que inclui a anamnese farmacêutica, investigação dos medicamentos utilizados e análise da história clínica do paciente). Porém, os dados que não necessitam de equipamentos específicos para aferição, como escolaridade, quesito raça cor e circunferência, não foram efetuados ao nível domiciliar pelos farmacêuticos.

A utilização e padronização de técnicas de preenchimento de prontuário e que poderiam favorecer o entendimento de leitura pelos profissionais de saúde dos dados em prontuário como por exemplo a técnica SOAP poderia ser utilizado. Cada letra da sigla SOAP refere-se a um dos quatro aspectos fundamentais das notas de evolução diária, ou seja, os dados subjetivos (S), os dados objetivos (O), a avaliação (A) e o plano (P), no qual é um método que permite a organização de informações do paciente e o registro de sua evolução e que na presente pesquisa foi encontrado de forma fragmentada entre as demais anotações de preenchimentos nos prontuários pelos profissionais de saúde das unidades. Os dados subjetivos (S) compreendem as queixas dos pacientes e outras informações fornecidas por eles, pelos parentes ou pelos acompanhantes. Os dados objetivos (O) incluem os achados de exame físico e os exames complementares. A avaliação (A) refere-se às conclusões sobre a situação do paciente, particularmente os problemas da farmacoterapia identificados. O plano (P) inclui os exames a serem solicitados, as informações prestadas aos pacientes e familiares visando à orientação e à educação, as sugestões feitas para mudanças na farmacoterapia e os encaminhamentos a outros profissionais.(45,46)

De acordo com o relatório do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, constatou entre os problemas mais frequentes nos programas de saúde em relação aos prontuários foram(47):

- Prontuários médicos, não apresentando padronização de registros, dados incompletos, ilegíveis, com rasuras e sem carimbo identificador do médico assistente;
- Prontuários dos pacientes desorganizados e incompletos: falta prescrição, anotar o que foi providenciado quando do retorno do paciente e qual o procedimento adotado;
- Ausência de registros nos prontuários eletrônicos dos pacientes e na ficha de registro do programa, referente ao acompanhamento mensal do peso das crianças.

Em relação aos fatores de riscos modificáveis (Tabela 4.2.3), dos 36 pacientes atendidos, apenas 11,11% (n=4) são tabagistas, sendo 8,33% (masculino) e 2,77% (feminino), etilistas 8,33% (n=3) e 8,33% (n=3) praticam atividade física. Sendo, portanto, a grande maioria (91,67%) sedentários.

Tabela 4.2.3 Fatores de riscos modificáveis

	sim (n)	não (n)	total (n)	sim (%)
Tabagista	4	32	36	11,11
Etilista	3	33	36	8,33
Atividade física	3	33	36	8,33

De acordo com dados do relatório Vigitel Saúde Suplementar Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para DCNT do Ministério da Saúde de 2017, no estado de São Paulo, o percentual de adultos fumantes corresponde a 10,3% da população, sendo 11,8% (masculino) e 9,1% (feminino). Em relação ao consumo de bebida alcoólica o relatório apresenta que o percentual de adultos etilista no estado de São Paulo é de 16,7%, sendo 22,1% (masculino) e 12,5% (feminino).Com relação a prática de atividade física a percentagem no estado de São Paulo é de 34,8%, sendo 42,4% (masculino) e 28,7%(feminino).(24)

Em relação a inatividade física dos pacientes é preciso avaliar sobre a ótica de vários aspectos que podem influenciar diretamente a sua não adesão, tais como, a falta de espaços adequados para a prática esportiva na área de abrangência

das unidades de saúde tais como pistas apropriadas para caminhadas e implantação do Programa Academia da Saúde que consiste em uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos deverão ser dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.(48)

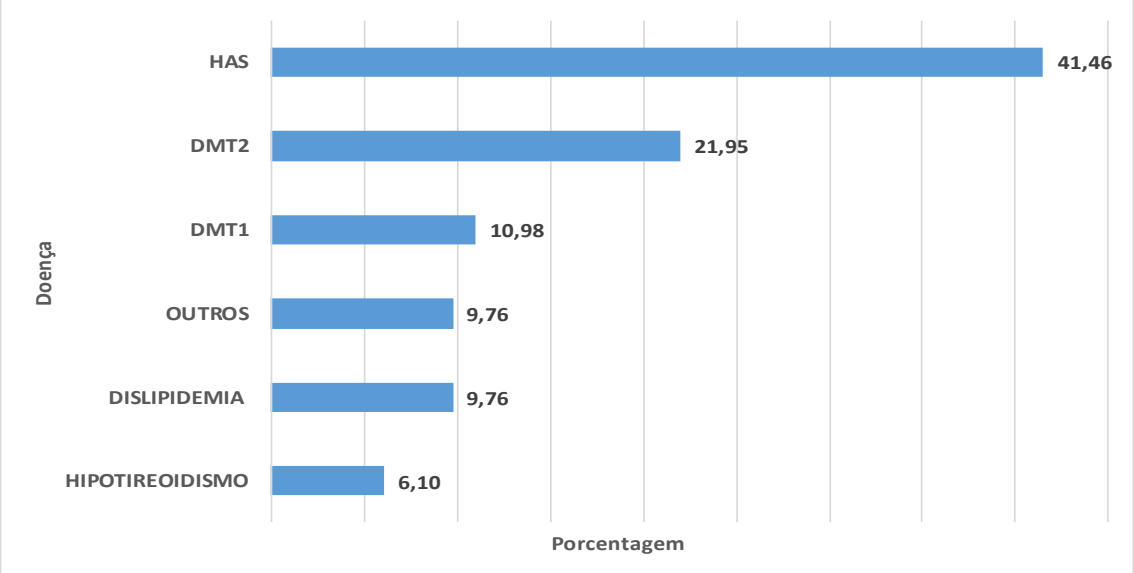
Devemos ressaltar a presença do Educador Físico na Atenção Primária à Saúde a partir da criação do NASF (2008), incluindo este profissional como membro desta equipe, possibilitando a ampliação da oferta, da abrangência e da resolutividade dos serviços de saúde na rede através de equipes multiprofissionais, de forma integrada com a ESF, o que favoreceu o fortalecimento da oferta de cuidado.(49)

Estudos realizados com idosos orientados por profissionais de saúde apresentaram menor frequência de consumo de açúcar, referiram redução no consumo de sal e maior frequência de prática de atividade física, quando comparados aos idosos não orientados. Estes achados reforçam a hipótese, presente na literatura, da associação entre orientações por profissionais e a possibilidade de realização dos hábitos saudáveis.(50)

As doenças mais prevalentes dos pacientes atendidos pelos farmacêuticos, apresentadas de forma separadas na Figura 4.2.1 foram, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 41,46%, Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) com 21,95%, Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1) com 10,98%, Dislipidemia (9,76%) e Hipotireoidismo (6,10%). Enquanto que as doenças menos prevalentes (9,76%) foram a Hiperplasia Benigna da Próstata (HPB), Parkinson, Osteoporose, Insuficiência Renal Crônica (IRC), Hepatite Alcoólica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Bipolaridade e Acidente Vascular Cerebral (AVC), cada uma correspondente a 1,22%.

As complicações das DCNT aumentam com a idade dos pacientes, os que possuem baixa escolaridade, comorbidades, especialmente entre os idosos (65 anos ou mais) é maior em relação a dificuldade no uso de medicamentos, tornando-os mais vulneráveis.(51)

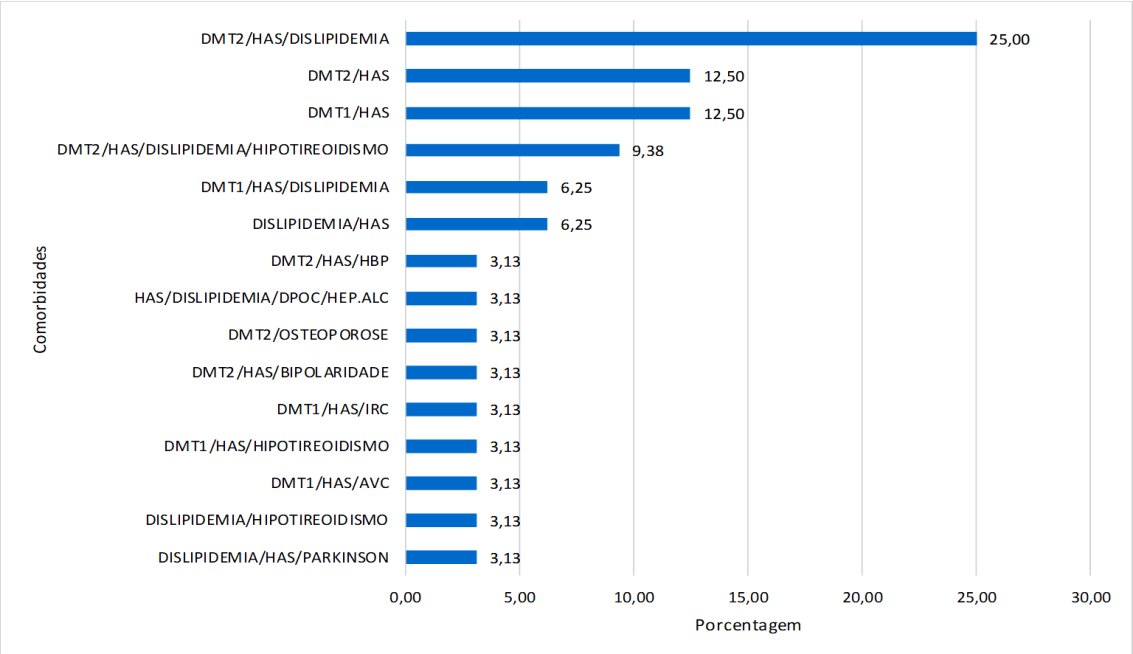
Figura 4.2.1 – Prevalência das DCNT nos pacientes atendidos durante a CF.



A Figura mostra a porcentagem da prevalência das DCNT. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1).

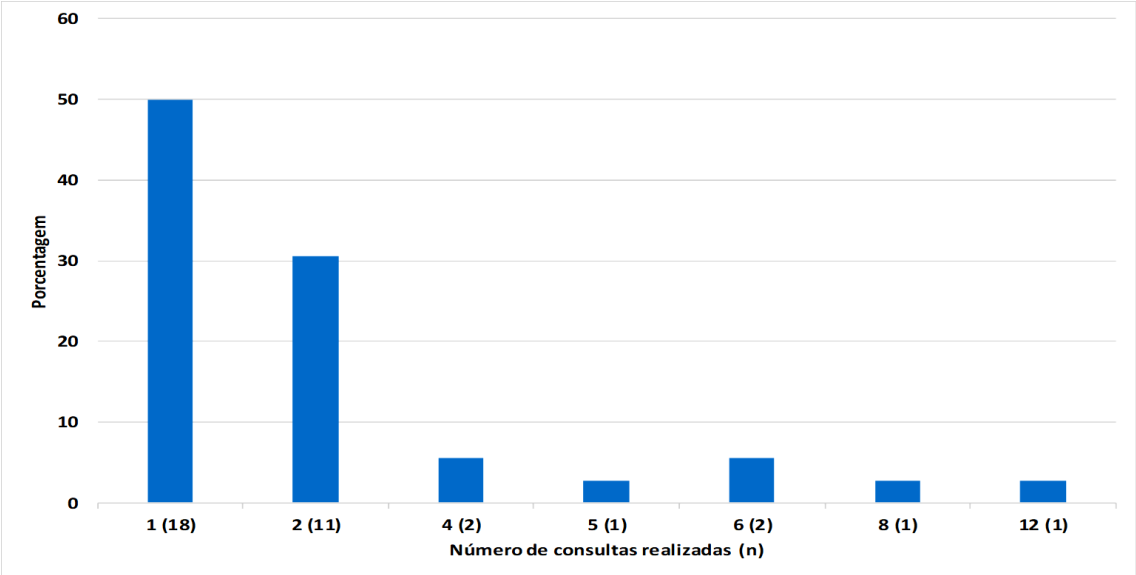
É possível observar na Figura 4.2.2 as comorbidades mais prevalentes dos pacientes atendidos pelos farmacêuticos: 25% de Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensão arterial e dislipidemia, 12,5 % Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensão ou Diabetes Mellitus Tipo 1 e Hipertensão arterial, 9,38% de Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensão arterial, dislipidemia e hipotireoidismo, 6,25% Hipertensão arterial e dislipidemia ou Diabetes Mellitus Tipo 1. Observa-se que a hipertensão está presente em todos.

Figura 4.2.2 – Prevalência das comorbidades nos pacientes atendidos durante a CF.



A Figura mostra a porcentagem da prevalência das DCNT. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), Diabetes Mellitus Tipo 1 (DMT1), Hiperplasia Benigna da Próstata (HPB), Insuficiência Renal Crônica (IRC), Hepatite Alcoólica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Figura 4.2.3 – Relação do número de consultas por paciente.



O gráfico mostra a porcentagem de pacientes por consultas que variaram entre 1 a 12 e número de pacientes estão entre parênteses.

Quando comparados os dados levantados na linha de Clínica Farmacêutica em UBS no Município de Curitiba, foi observado que o número de retornos após a primeira consulta apresentou uma tendência a reduzir. No referido trabalho, demonstraram que 216 pacientes passaram pelo primeiro retorno, 41 pacientes pelo segundo retorno, 12 pacientes pelo terceiro retorno, 2 pacientes pelo quarto retorno e 1 paciente pelo quinto retorno.(42)

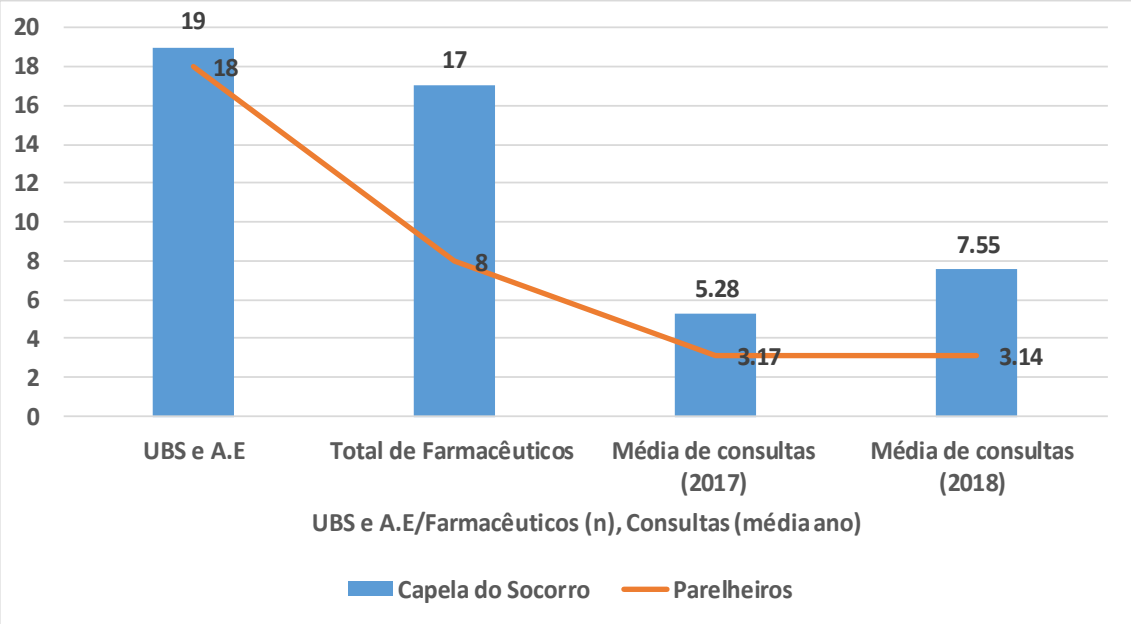
Esta redução parece ser decorrente das intervenções que resultaram na redução de retornos para alguns pacientes, enquanto os que necessitam de mais retornos apresentaram maior dificuldade de adaptação às intervenções oferecidas.

O relatório do SIGA para dados de produção farmacêutica registrados como consulta/atendimento domiciliar na Atenção Primária à Saúde e/ou Especializada em ambos territórios de Capela do Socorro e Parelheiros, mostrou que durante o período de dois anos (2017 a 2018) foram efetuadas um total de 1910 CF, sendo na região de Capela do Socorro no ano de 2017 totalizaram 5,28 média de consulta/ano e 7,55 em 2018, esse pequeno aumento se justifica pela abertura de novas unidades de saúde no período pesquisado. A região de Parelheiros no ano de 2017 totalizaram uma média de 3,17 consulta/ano e 3,14 em 2018 (Figura 4.2.4).

Os dados atualizados de janeiro de 2019 em relação ao total de profissionais farmacêuticos atuantes pela OS Associação Saúde da Família nas regiões de Capela do Socorro e Parelheiros estão apresentados na Figura 4.2.4. Na região de Capela do Socorro, as CF foram realizadas por 17 farmacêuticos em 19 Unidades de Saúde (17 UBS, 2 AE) sendo que dentre as UBS, 3 farmacêuticos realizam AF em duas UBS, totalizando 3 profissionais rotativos e 14 farmacêuticos prestam assistência de maneira fixa nas Unidades de Saúde. Na região de Parelheiros, as CF na Atenção Primária à Saúde foram realizadas por 8 farmacêuticos em 18 UBS sendo destes profissionais, todos rotativos e que prestam AF entre 2 a 3 dias da semana em suas Unidades de Saúde.

Nota-se na Figura 4.2.4 que os números de UBS são iguais nos dois territórios totalizado 17 unidades, diferenciando apenas 2 AE na região de Capela do Socorro, no entanto, o número de farmacêuticos em Parelheiros é quase a metade que em Capela do Socorro, impactando, assim, na média de consultas/ano.

Figura 4.2.4 –Média de consultas farmacêuticas no período de 2017 a 2018 por região estudada.



O gráfico apresenta a somatória de UBS e AE, total de farmacêuticos, média de consultas de 2017 e 2018 das duas regiões de saúde pesquisada (Capela do Socorro e Parelheiros). Fonte: SIGA

Comparando resultados antes e depois da implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Município de Curitiba, em abril de 2014, os autores observaram o aumento gradativo do número de consultas nos primeiros anos da implantação do serviço. No ano de 2012 foram realizadas 439 consultas, 868 consultas em 2013 e 2710 consultas em 2014.(42)

Quanto às intervenções efetuadas junto aos pacientes em acompanhamento farmacoterapêutico foram focadas em cinco pontos principais:

- Ações de revisão da farmacoterapia;
- Ações de conciliação dos medicamentos;
- Ações para avaliação e promoção da adesão terapêutica;
- Ações de aconselhamento ao usuário;
- Ações de acompanhamento farmacoterapêutico.

Os PRF foram classificados, segundo a Portaria 1918/2016 SMS.G[16], em quinze categorias: Interação medicamento-medicamento, Frequência ou horário de administração incorreto sem alterar dose diária, Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente, Técnica de administração do paciente incorreta, Automedicação indevida, Descontinuação indevida do medicamento pelo

paciente, Redução abrupta de dose, Continuação indevida do medicamento pelo paciente, Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente, Paciente não iniciou o tratamento, Uso abusivo de medicamentos, Doses discrepantes, Duplicidade terapêutica entre prescrições, Medicamentos discrepantes e Prescrição de medicamentos sem identificação clínica definida.

Foram encontrados no total 102 identificações de PRF, destes foram estatisticamente ($p<0,0001$) mais frequentes a interação medicamento-medicamento (n=31), a frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária (n=17), a omissão de doses (n=14), em relação aos demais PRF, por exemplo a técnica de administração do paciente incorreta (n=8), automedicação indevida (n=7), e a descontinuidade indevida do medicamento (n=5) ou redução abrupta de dose pelo paciente corresponderam (n=5) como pode se verificar na tabela 4.2.4.

Outros PFR, (14,70%) corresponderam a Continuação indevida do medicamento pelo paciente, adição de doses/sobredosagem pelo paciente, paciente não iniciou o tratamento, uso abusivo do medicamento, prescrição de medicamento sem indicação clínica definida, doses discrepantes, duplicidade terapêutica entre prescrições e medicamentos discrepantes.

Tabela 4.2.4 Problemas relacionados a farmacoterapia.

Problemas relacionados a Farmacoterapia	n	%
Interação medicamento-medicamento	31	35,63
Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	17	19,54
Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	14	16,09
Técnica de administração do paciente incorreta	8	9,20
Automedicação indevida	7	8,05
Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	5	5,75
Redução abrupta de dose	5	5,75
Total	87	100,00

A tabela mostra a porcentagem dos principais PRF levando em conta gênero masculino e feminino. O teste G de Cochran mostrou entre os PRF, interação medicamento-medicamento, Frequência ou horário administrado incorreto, sem alterar dose diária e Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente foram significativamente mais frequentes. $G=93,44$ ($p<0,0001$).

A análise anterior foi realizada considerando tanto gênero feminino e masculino. Uma nova análise foi feita para comparar se há diferença entre os dois gêneros. Com a quantidade de consultas realizadas até o momento (31)

não houve diferença estatisticamente significante entre homens e mulheres para interação medicamentosa como demonstrado tabela 4.2.5 (p=0,0619) e vale ressaltar que a interação medicamentosa independe da atitude dos pacientes e sim da prescrição médica. Para o PRF de frequência ou horário de administração incorreta sem alterar a dose diária resultou em p=0,0514 conforme apresentado na tabela 4.2.6. No entanto, houve diferença estatística para omissão de doses que foi mais frequente em homens (p=0,0255) conforme apresentado na tabela 4.2.7.

Tabela 4.2.5 Comparação entre gênero quanto a interação medicamentosa

	Interação medicamento-medicamento			
Gênero	Presença	Ausência	Total	Presença(%)
Feminino	16	5	21	76,2
Masculino	15	0	15	100
Total	**31**	**5**	**36**	**86,1**

O teste exato de Fisher não mostrou diferença estatística (p=0,0 619).

Tabela 4.2.6 Comparação entre gênero quanto a frequência ou horário incorreto, sem alterar dose diária.

	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária			
Gênero	Presença	Ausência	Total	Presença(%)
Feminino	8	13	21	38,1
Masculino	1	14	15	6,7
Total	**9**	**27**	**36**	**25,0**

O teste exato de Fisher não mostrou diferença estatística (p=0,0514).

Tabela 4.2.7 Comparação entre gênero quanto a omissão de doses pelo paciente.

	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente			
Gênero	Presença	Ausência	Total	Presença(%)
Feminino	3	18	21	14,3
Masculino	8	7	15	53,3
Total	**11**	**25**	**36**	**30,6**

O teste exato de Fisher mostrou diferença estatística (p=0,0255).

Os PRF são resultados provenientes de falhas em relação ao tratamento medicamentos e podem estar relacionadas diretamente aos prescritores como exemplo a falta de checagem sobre o grau de interação medicamentosa, duplicidade terapêutica e prescrição sem indicação clínica ou relacionadas a partir de condutas inapropriadas dos pacientes frente ao uso de forma incorreta de suas medicações. (16)

Os PRF podem se enquadrar nas possíveis classificações: Necessidade (Problema de Saúde não tratado e Efeito de medicamento não necessário), Efetividade (Inefetividade não quantitativa e Inefetividade quantitativa) e Segurança (Insegurança não quantitativa e Insegurança quantitativa). (18)

Dentre elas podemos destacar a omissão de doses, técnicas de administração de medicamentos de forma incorreta (insulinas), suspensão de dose de forma abrupta e a automedicação indevida que é um fenômeno mundial e sua prevalência difere em função da população estudada, do método e do período utilizado. A prevalência da automedicação no Brasil foi de 16,1%, na Alemanha, foi de 27,7%, em Portugal 26,2%, na Espanha 12,7% (Medicamentos para resfriado comum e gripe), em Cuba 7,3%, em Atenas-Grécia 23,4% e na região da Catalunha-Espanha 34,0%, sendo os analgésicos e antigripais, as classes de medicamentos mais utilizadas nestes países.(52)

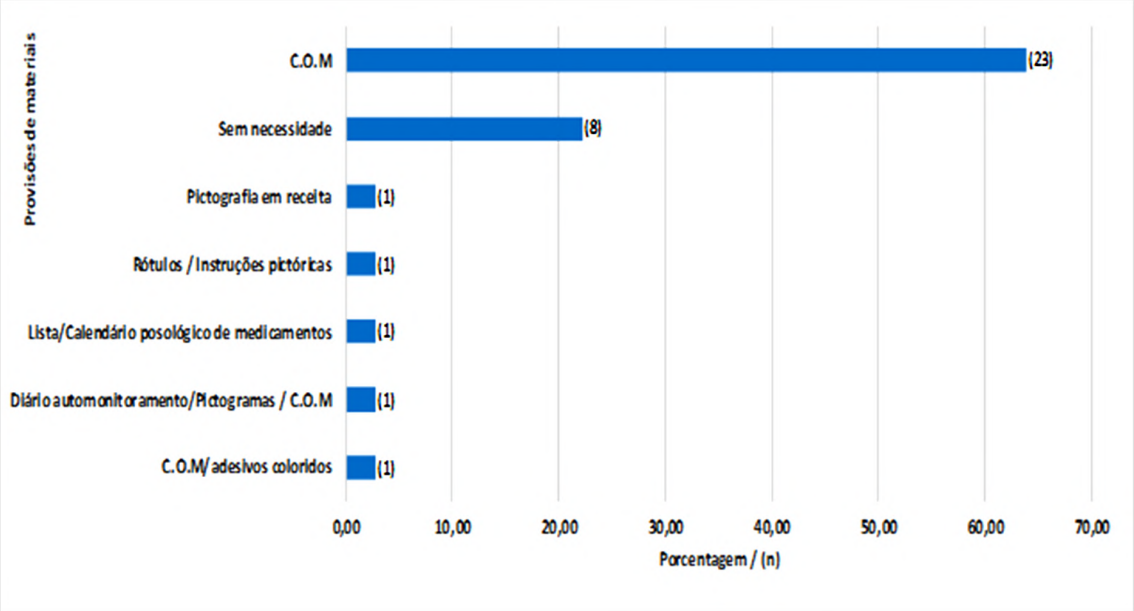
Contudo, a despeito de seus determinantes maiores, a forma específica como o acesso à saúde e aos medicamentos se conforma e se organiza em cada país, se mais ou menos universal ou se mais ou menos financiado pelo Estado, por exemplo, decorre de um conjunto de fatores próprios de cada sociedade, no qual atuaram e atuam componentes políticos, econômicos, sociais, culturais e históricos.(53)

Umas das intervenções farmacêuticas mais utilizadas junto aos pacientes é a provisão de materiais que está relacionada com a promoção da adesão terapêutica, no qual consiste na utilização de matérias de fácil manuseio e construção, seja na utilização da C.O.M, no qual é montada para armazenamento das medicações em seus respectivos espaços e horários, onde são utilizados pequenas caixas com divisões, pictogramas e adesivos coloridos tanto nas cartelas de comprimidos ou cápsulas, quanto a utilização de calendário posológicos. Estas intervenções são simples, porém favorecem um melhor

entendimento do paciente em relação aos horários de administração das medicações. Este processo se torna bastante aceito pelos pacientes por se tratar de uma intervenção mais concreta aos mesmo e que ajudam em sua autonomia em relação ao uso das medicações. Conforme a Figura 4.2.5, a utilização da C.O.M foi de 69,89%, seguidos de 22,22% pacientes sem necessidades ou recusa de uso deste tipo de provisão.

A Provisão de materiais a seguir, corresponderam para cada tipo de intervenção única ou associada 2,78%, tais como pictografia em receita ou rótulos, Instruções pictóricas, listas, calendário posológico, diário de automonitoramento e utilização de adesivos coloridos.

Figura 4.2.5 Provisão de materiais.



Tipos e quantidades de materiais providos na consulta farmacêutica. São apresentadas em porcentagem os materiais utilizados como intervenção farmacêutica. C.O.M – Caixa Organizadora de Medicamentos.

Simplificar os processos relacionados à medicação, bem como influenciar a mudança de hábitos dos pacientes sobre medicamentos podem melhorar a aderência. A adesão também pode ser melhorada com o uso de medicamentos, sempre que possível, caixas de comprimidos e outras ferramentas de adesão, e educar os cuidadores.(39)

Além da provisão de materiais outras intervenções utilizadas são as orientações e aconselhamentos dados aos pacientes e/ou cuidadores durante a consulta farmacêutica. Segundo a Portaria 1918/2016 SMS.G(16), a informação

aconselhamento sobre o tratamento específico, desenvolve uma ação mais focada na doença e comorbidades relacionadas ao tratamento medicamentoso, já o aconselhamento de forma geral desenvolve uma ação de orientação mais ampla. Com relação ao armazenamento de medicamentos, esta orientação desenvolve junto ao paciente a importância do armazenamento correto das medicações, já na suspensão de medicamentos é abordado em relação ao uso de medicamentos não prescritos ou que apresentassem efeitos adversos graves e a abordagem de condições de saúde de forma geral, desenvolve conceitos mais amplos para além da doença.

As informações e aconselhamentos mais frequentemente observados são apresentadas na tabela 4.2.8. Pode-se observar que o tratamento específico e de forma geral são estatisticamente mais frequentes que as demais (p<0,0000). Esta análise foi realizada considerando tanto o gênero masculino e feminino. A análise comparativa entre os dois gêneros não mostrou diferença significativa, (dados não mostrados).

Tabela 4.2.8 Intervenção em forma de orientação e aconselhamento

Informação e aconselhamento	n	%
Tratamento específico	33	91,7
Tratamento de forma geral	26	72,2
Armazenamento dos medicamentos	9	25
Suspensão de medicamento	4	11,1
Condições de saúde de forma geral	2	5,6

O teste G de Cochran mostrou que o tratamento específico e de forma geral foram significativamente mais frequentes. G=79,46 (p<0,0000).

Os resultados das intervenções podem ser realizados por monitoramento laboratoriais e não laboratoriais. O auto monitoramento, monitoramento laboratorial e o não laboratorial, são monitoramentos relacionados a aferição de parâmetros pressóricos e de glicemia, exames laboratoriais e resposta clínica respectivamente.

Na tabela 4.2.9 são demonstradas intervenções farmacêuticas voltas ao tipo de monitoramento, que pode ser única ou múltiplas, da doença dos pacientes atendidos. Os principais monitoramentos foram: 44,4% (n=16)

automonitoramento, laboratorial e não laboratorial e 41,7% (n=15) laboratorial e não laboratorial.

Tabela 4.2.9 – Intervenção farmacêutica de monitoramento.

	Frequência			
Monitoramento	Sim	Não	Total	Sim (%)
Auto, laboratorial, não laboratorial	16	20	36	44,4
Laboratorial e não laboratorial	15	21	36	41,7
Auto e não laboratorial	1	35	36	2,8
Auto e laboratorial	1	35	36	2,8
Não indicação	2	34	36	5,6
Laboratorial	1	35	36	2,8
Total	36	180	216	16,7

A porcentagem de pacientes com as duas primeiras formas de monitoramento foram significativamente maiores que as demais (X^2= 54,40, p< 0,0001).

Em relação aos dados de PAS não houve diferença entre a primeira CF e a última consulta, independentemente do número de consultas (dados não mostrados). Este processo de aferição é efetuado na UBS ou AE pela equipe de enfermagem. No processo de CF no domicílio, o farmacêutico orienta ao paciente a ir na unidade de saúde para aferição da PAS, com o objetivo de ter este dado em prontuário após o apontamento da CF, pois permite avaliar a partir da data se houve melhorias em relação a este parâmetro, possibilitando fazer uma relação com as intervenções farmacêuticas colocadas em práticas junto aos pacientes.

Em relação a aferição da glicemia, o processo é efetuado pelo próprio paciente com DMT1 e que possuem os insumos necessários fornecidos pelo Programa de Automonitoramento Glicêmico (PAMG). Estes dados são gravados na memória do aparelho e podem ser avaliados posteriormente pelo médico a partir de impressão do relatório de aferições no qual o PAMG fornece. Mesmo com a opção de obter este dado pelo programa informatizado, os pacientes são orientados a anotar a cada aferição da glicemia, os dados em uma caderneta padrão, desta forma permite a equipe de saúde ter acesso a estes dados em dois formatos, o manuscrito que permite ao paciente levar a informação em consulta na AB (fora da data dos Grupos do PAMG onde é impresso e verificado o relatório de aferições) ou apresentado aos profissionais da ESF/NASF nas

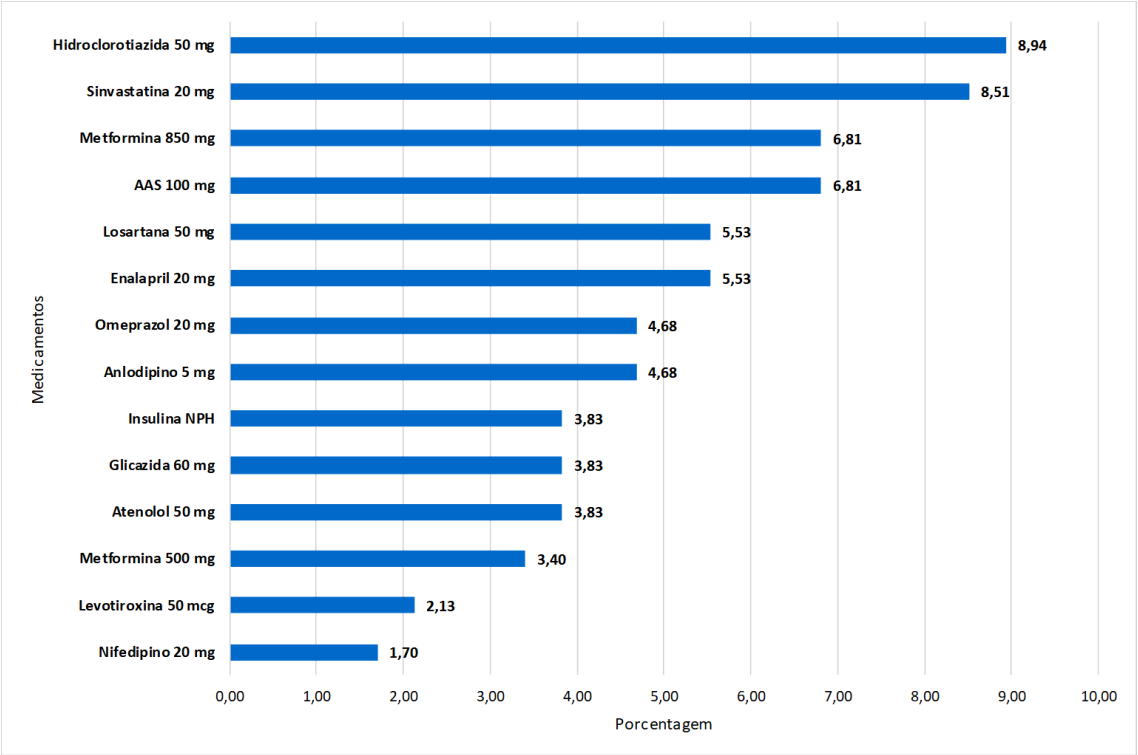
visitas/consultas domiciliares e em consultas na Atenção especializada com médicos especialistas em endocrinologia.

A utilização do relatório informatizado pelo PAMG permite desta forma sanar problemas da não anotação por pacientes idosos com dificuldade para escrever devido a baixa escolaridade ou a limitações físicas. Cabe ressaltar que os dados em prontuários nem sempre apresentavam a informação do horário da aferição de glicemia pré-prandial ou pós-prandial quando esta ação era realizada na unidade de saúde. A falta desta informação dificulta a análise dos profissionais que fazem consultas posterior a esta informação do parâmetro medido.

As medicações mais utilizadas pelos pacientes atendidos pelos farmacêuticos, de um total de 51 medicamentos, conforme a Figura 4.2.6, os mais prescritos pelos médicos da ESF foram: Hidroclorotiazida 50 mg (8,94%), Sinvastatina 20 mg (8,51%), Metformina 850 mg (6,81%), AAS 100 mg (6,81%), Losartana 50 mg (5,53%), Enalapril 20 mg (5,53%), Omeprazol 20 mg (4,68%) e Anlodipino 5 mg (4,68%).

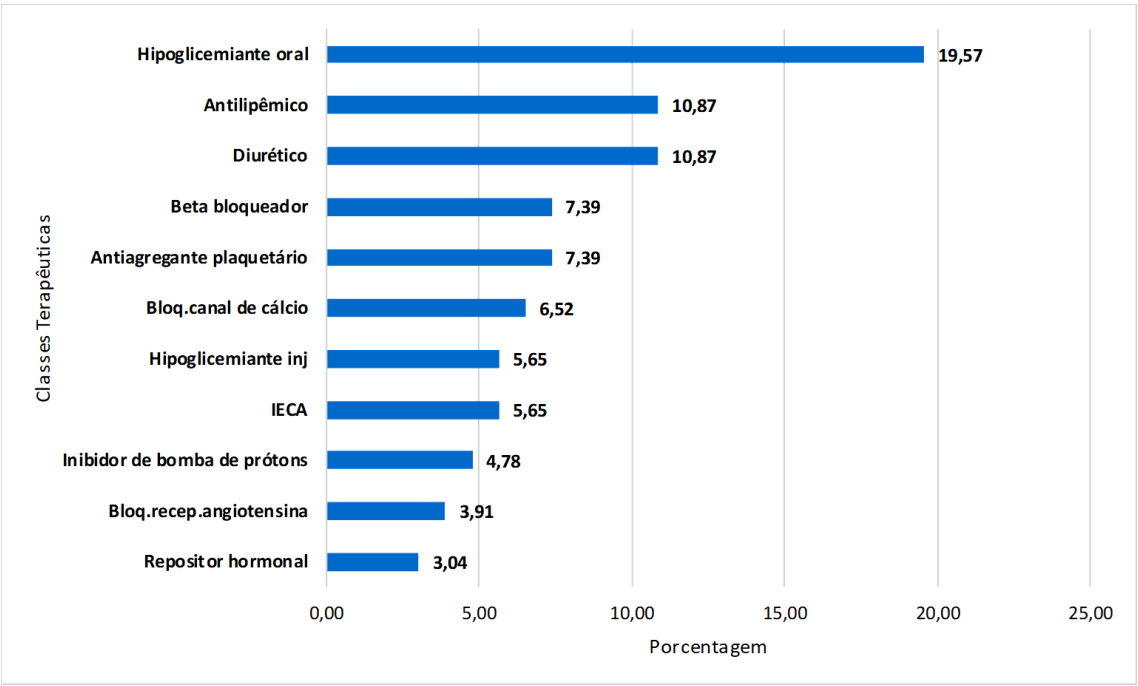
No presente trabalho, as Classes terapêuticas (*Anatomical Therapeutic Chemical*)- Classificação Anatômica Terapêutico Química: 3° nível, subgrupo farmacológico) mais comumente utilizadas pelos pacientes atendidos totalizando 29 classes, no qual são apresentadas as principais classes terapêuticas na Figura 4.2.8: Hipoglicemiantes oral (19,57%), Antilipêmicos (10,87%), Diuréticos (10,87%), Beta bloqueadores (7,39%), Antiagregantes plaquetários (7,39%), Bloqueadores de canal de cálcio (6,52%), Hipoglicemiantes injetáveis (5,65%), Inibidores de Enzima Conversora de Angiotensina (5,65%) e Inibidores de bomba de prótons (4,78%).

Figura 4.2.6 – Medicações mais utilizadas pelos pacientes atendidos.



A Figura mostra a porcentagem dos medicamentos mais utilizados e as doses.

Figura 4.2.7- Classes terapêuticas mais comumente utilizadas.



São apresentadas as classes dos medicamentos mais utilizados pelos pacientes atendidos na CF.

Neste estudo, não foi encontrado, no período pesquisado, o uso de medicamentos pertencentes à classe terapêutica dos Benzodiazepínicos nos 36 pacientes consultados, apesar de estudos internacionais e nacionais apontarem elevada prevalência do consumo de benzodiazepínicos na população idosa, principalmente entre mulheres, diferença que costuma ser menos marcante entre idosos mais velhos. A população idosa na presente pesquisa representa a uma amostra de 91,67%.(54)

Foi efetuado após o levantamento de dados em prontuários médicos, análise das prescrições medicamentosas e suas posologias para verificação pelo próprio autor da pesquisa a existência de interações medicamentosas. Para este levantamento foi utilizado o Aplicativo *MedScape* instalado no sistema *Android* do celular e pode ser acessado do computador, uma das ferramentas deste programa permite efetuar a checagem de interações medicamentosas e o seu grau de interação.(55)

O grau de interação medicamentosa é dividido em:

Sério: Que corresponde a classificação de termo Alta Gravidade - A interação oferece ameaça de vida e/ou requer tratamento ou intervenção médica, para minimizar ou prevenir efeitos adversos graves.

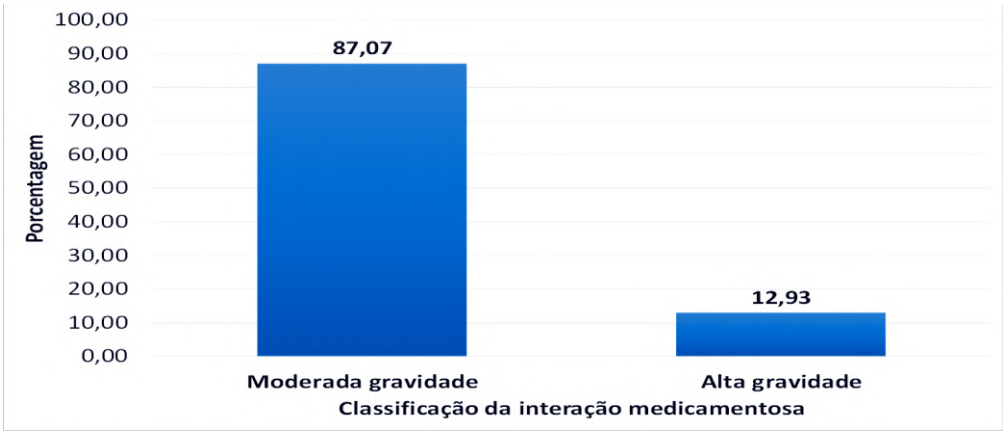
Monitorar de perto: Que corresponde a classificação de termo Moderada gravidade - A interação pode resultar em uma exacerbação da condição do paciente e/ou alteração na terapia

Menor: Que corresponde a classificação de termo Baixa gravidade - A interação limitaria efeitos clínicos. As manifestações podem incluir um aumento na frequência ou na gravidade de efeitos adversos, mas geralmente não requerem uma alteração na terapia.

No presente trabalho, foram consideradas apenas as interações medicamentosas de alta e moderada gravidade pois a de Baixa gravidade não requer alteração na terapia, pois muitos estudos avaliaram que essas interações não possuem relevância clínica.(55,56)

Do total de 29 classes terapêuticas e 51 medicamentos apresentaram interação medicamentosa com moderada gravidade e 12,93% como alta gravidade Figura 4.2.8.

Figura 4.2.8 - Classificação das interações medicamentosas.

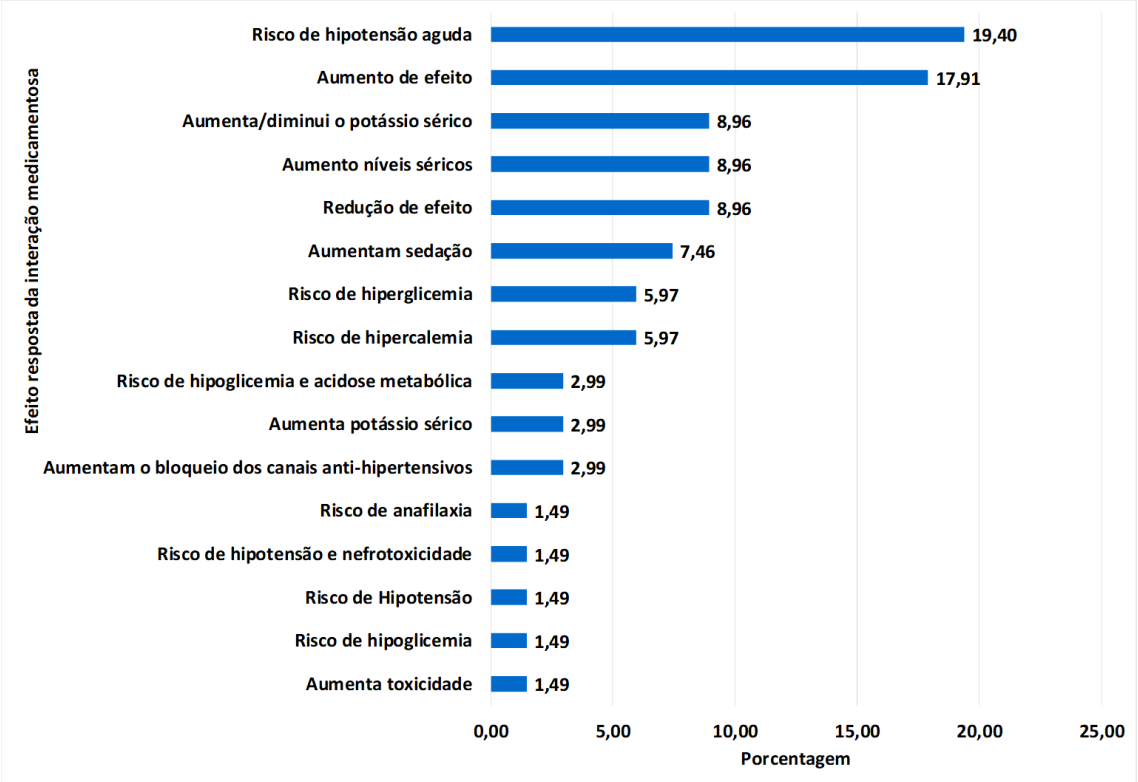


Os dados sobre os medicamentos foram levantados pelo pesquisador em prontuário médico. Posteriormente a análise de interação medicamentosa foi realizada utilizando o Aplicativo *MedScape*. A Figura mostra a porcentagem de moderada e alta gravidade de interação medicamentosa.

As interações dos medicamentos levam aos efeitos-respostas que são mostrados na Figura 4.2.11. Os principais foram o risco de hipotensão aguda (19,40%), aumento do efeito (17,91%), alteração nos níveis de potássio (8,96%), aumento dos níveis séricos de medicamento (8,96%), redução do efeito (8,96%), aumento de sedação (7,46%), risco de hipoglicemia (5,97%) e risco de hiperglicemia (5,97%).

As interações medicamentosas possuem uma relação direta com o polifarmacoterapia no qual é uma característica prescritiva para os pacientes atendidos na faixa etária de 40 a 59 anos (9,6%) e 60 anos ou mais (27,8%) de acordo com ISA 2015 SMSSP. (57,58)

Figura 4.2.9 – Efeito-resposta das interações medicamentosas.



Os dados sobre os medicamentos foram levantados pelo pesquisador em prontuário médico. Posteriormente, a análise e classificação da interação medicamentosa foi levantado o efeito-resposta das interações. A Figura mostra a porcentagem do efeito-resposta das interações.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente pesquisa demonstraram a necessidade de rearranjo em alguns pontos específicos, desde questões importantes para um bom desenvolvimento inicial dos Cuidados Farmacêuticos junto aos pacientes na RAS, atualização do conhecimento acadêmico do farmacêutico, número adequado de recursos humanos e garantia de participação nos espaços de compartilhamento de conhecimento técnico (reuniões técnicas e reuniões de equipe) nas unidades de saúde.

A percepção dos farmacêuticos frente a nova prática clínica, antes emoldurada por um perfil mais administrativo, hoje decorrente das necessidades de melhoria nas condições de saúde dos usuários do SUS e apontamentos de necessidade de suporte técnico para a equipe multidisciplinar, carece de mudança contínua e de aprendizagem realizada com a prática clínica. O perfil de faixa etária, tempo de formação e cursos de especialização realizados por parte dos farmacêuticos, podem ter subsidiado de forma inicial estes profissionais a fazerem uma relação teórica com a prática, mas ainda não reflete de maneira qualitativa estas ações em dois anos de implementação da Portaria de Cuidados Farmacêuticos na RAS das regiões estudadas. Este tipo de deslocamento postural não depende somente da existência de uma Portaria, pois ela deve-se valer na prática diária deste profissional e também do entendimento da equipe multidisciplinar em saber qual é o papel do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada para alcançar um sinergismo concreto e efetivo junto a esta equipe. De modo geral, observou-se que a comunicação farmacêutica deve ser melhorada, pois de acordo com a percepção dos farmacêuticos parte dos usuários (25%) não entendem as orientações dadas mas têm confiança nas orientações passadas durante as CF. Sugere-se a existência de uma necessidade de se efetuar reflexão mais aprofundada e autocrítica para correlacionar este não entendimento dos usuários ao modelo de comunicação utilizada por estes profissionais durante as CF.

Foi observado limitações inerentes ao questionário utilizado no primeiro objetivo da presente pesquisa sobre percepção farmacêutica antes e depois da implementação da Portaria de Cuidados Farmacêuticos, pois o formato de questionário *on line* encaminhado aos farmacêuticos não permitiu a obtenção

das respostas individualizadas e dificultando, assim, a comparação estatística de concordância das respostas individuais antes e depois da implementação da Portaria.

Dentre os pontos negativos podemos destacar a falta de uma homogeneidade da contratação de profissionais farmacêuticos pela gestão no Município de São Paulo. A baixa quantidade de farmacêuticos não favorece o alinhamento de ações de Cuidados Farmacêuticos nas Redes de Atenção à Saúde do Município. Como mostraram os resultados, houve um menor número de CF na região de Parelheiros onde há um menor número de farmacêuticos, assim uma homogeneidade e aumento do número de profissionais nesta região possibilitariam uma melhor organização de agenda deste profissional para a prática da Farmácia Clínica, participação de forma efetiva nas reuniões de equipe e reuniões técnicas, podendo assim, compartilhar informações e ajudaria na tomada de decisões junto a equipe multidisciplinar. Estes profissionais além de ações na unidade de saúde de atendimento, deve referenciar ou contra referenciar o paciente entre outros serviços com diferentes níveis de complexidade.

Outra necessidade levantada na presente pesquisa é o aumento do Número de técnicos de farmácia em ambas regiões estudadas. Estes profissionais de nível técnico têm a função de suprir a dispensação de medicamentos , orientação aos usuários e organização do setor de farmácia, pois um quantitativo não adequado, resultado por vezes no período de férias (períodos de 30 dias) ou por motivo de falta no trabalho pelos mesmos (curto período de dias), no desvio da atuação clínica do farmacêutico junto aos pacientes e equipe multidisciplinar, prejudicando a continuidade de agenda programática de atuação em cuidados farmacêuticos nas unidades de saúde.

A análise dos dados disponíveis e provenientes do SIGA, quanto a diversidades de procedimentos do rol das atividades a serem desenvolvidas pelo farmacêutico poderiam ser utilizados pela SMSSP ou pelas OS para a composição de metas inicias de produção farmacêutica, com aplicação de parâmetros técnicos e regionais para o cálculo de produção, levando em consideração a organização das unidades de saúde, o número de ESF e da oferta de AF semanal pelos profissionais de maneira fixa ou rotativa, assim como ocorre no contrato de gestão das OS, atrelados por linhas de serviços, metas de equipe mínima

(compreende os funcionários contratados pelas OS), metas de produção e de qualidade, no âmbito da SMSSP e no qual a sua não manutenção ou não atingimento de metas implica em desconto no valor do repasse financeiro para as OS.

Com a implementação da Portaria n°1.918, de 27 de outubro de 2016 que normatizou os Cuidados Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada, houve a necessidade da OS da região pesquisada, se adequar por um período de quatro meses iniciais para validar o processo junto ao setor de Gestão da Informação e de forma compartilhada com a Supervisão Técnica de Saúde de Capela do Socorro e Parelheiros e Coordenadoria Regional de Saúde Sul. Por se tratar de uma nova Portaria existem barreiras para a sua implementação como as diferenças de organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde das regiões estudada. Para a implementação da Portaria os farmacêuticos passaram por treinamentos, reuniões com o setor de Gestão da informação sobre o preenchimento da ficha de produção farmacêutica e como é organizado a inclusão de dados no sistema SIGA. Foram observados pequenos erros no lançamento da produção farmacêutica decorrente de falhas no preenchimento na ficha de produção ou falha no processo inclusão de dados no SIGA, dificultando a análise dos dados.

As capacitações ofertadas pela SMSSP e OS, a Educação Permanente, visitas a modelos de consultório farmacêutico para prática clínica, tiveram uma importância na inserção das ações iniciais destes farmacêuticos, mas ainda não se mostraram eficientes ao nível da prática clínica devido a variáveis regionais e de organização dos mesmos frente ao novo processo. Outro ponto negativo foi a coleta de dados a partir das consultas realizadas pelos farmacêuticos e equipe multidisciplinar, houve a falta de identificação de informações primordiais em prontuários dos pacientes, desde de informações sociodemográficas até as anotações relacionados a clínica do paciente. O próprio farmacêutico deixou de coletar dados importantes, como por exemplo dados de aferição de PAS e glicemia proveniente da caderneta de controle dos pacientes, queixas de reações adversas e verificação de interação medicamentosa, que poderiam ajudá-lo na tomada de decisões em relação a melhor intervenção a ser colocada em prática durante a consulta e visita domiciliar e trazê-las para a luz da discussão nas reuniões de equipe, perdendo um potente fator de discussão.

A SMSSP forneceu para uso da AF das regiões, um modelo de formulário norteador para consulta farmacêutica, porém o mesmo se mostrou pouco usual tanto no que se refere ao seu preenchimento, quanto na aplicabilidade junto ao paciente. Partes dos farmacêuticos optaram por não o utilizar, porém deveriam contemplar as informações nos prontuários dos pacientes atendidos nas CF, fato este que não ocorreu de forma coerente.

O processo de anotação de dados completos em um prontuário favorece toda equipe multidisciplinar. Há a necessidade da utilização de métodos adequados de anotação, como exemplo o Método SOAP. No decorrer da pesquisa, quando foi solicitado a lista de nomes dos pacientes acompanhados pelos farmacêuticos, uma pequena parte deles não possuíam um controle de anotações de quais pacientes eles haviam acompanhados e de quais equipes pertenciam, sendo somente possível efetuar o levantamento de informação no SIGA de forma retrospectiva de entrada de dados no sistema, o qual dificultou e aumentou o tempo de tabulação de dados.

A Portaria permite ao farmacêutico a escolha do método de acompanhamento farmacoterapêutico à ser utilizado, que pode ser o Método Minnesota ou Método Dáder. Há a necessidade da construção de um método misto entre o Dáder e Minnesota, com a inclusão de especificidades que se adeque as características da Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada ou a criação de um novo método contemplando as especificidades do SUS. A padronização de um método único de acompanhamento farmacoterapêutico favoreceria a correlação de dados para avaliação dos Cuidados Farmacêuticos seja a nível regional pelos gestores das OS, quanto Municipal pela SMSSP, em futuras pesquisas, análises qualitativas e quantitativas.

De modo geral, para uma efetiva atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada, este deve desenvolver e trabalhar a sua inserção nas equipes de saúde, assim como já ocorre com os demais profissionais das demais áreas, evitando trabalhar de forma fragmentada e isolada.

Sugere-se que para a realização de pesquisas futuras, sejam feitas investigações em outras regiões do Município de São Paulo e seguimento da coleta de dados da presente pesquisa.

6 REFERÊNCIAS

1. 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 Of da União [Internet]. 2010;2. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf.

2. Ministerio da Saude. Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990 [Internet]. Diário Oficial da União Brasil; 1990 p. 1–19. Disponível em:https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf.

3. Santos R. A Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Cons Nac Secretários Saúde - CONASS. 2011;7:1–172.

4. Oliveira. As redes de atenção à saúde [Internet]. Vol. 15, Ciência & Saúde Coletiva. 2010. 2297-2305 p. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt.

5. Menicucci TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad Saude Publica. 2009;25(7):1620–5.

6. Alecrim WD, editor. A gestão do SUS [Internet]. 1st ed. Brasília: CONASS; 2015. 134 p. Disponível em:http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf.

7. Kalichman AO, Ayres JR de CM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cad Saude Publica. 2016;32(8):1–13.

8. Portaria n°2.203, de 5 de novembro de 1996 - redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasil; 1996 p. 1–32. Disponível em:http://repository.upi.edu/1360/1/s_d5451_0604180_chapter1.pdf.

9. Rosa T. Desafios do SUS: O que esperar para os próximos anos de gestão? Consensus [Internet]. 2015;14:12–30. Disponível em:http://brasil.campusvirtualsp.org/node/180880.

10. Souza GC de A, Costa I do CC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Rubber Age [Internet]. 2010;19(11):39–41. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf.

11. Covas, Bruno, Pollara, Wilson Modesto, Costa DS de C, editor. Redes de Atenção à Saúde- Diretrizes [Internet]. São Paulo: Secretário Municipal da Saúde; 2018. 92 p. Disponível em:https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RedesdeAtencaoSaude_Diretrizes.pdf.

12. Alecrim, Wilson Duarte, Girade, Halim Antonio, Boas, Jorge Villas, Júnior, Hélio Franco de Macedo, Musafir, Marcos Esner, Neto MC. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS; 2015. 128 p. Disponível em:http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf.

13. Covas, Bruno, Pollara, Wilson Modesto, Wieliczka, Maria da Glória Zenha, Costa DS de C. As Redes de Atenção à Saúde no município de São Paulo Política Norteadora – 2017 - 2020 [Internet]. Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Secretário Municipal da Saúde ; 2017. 21 p. Disponível em:https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAS_PoliticaNorteadora.pdf.

14. Lima MG, Álvares J, Afonso A, Junior G. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. Rev Saude Publica [Internet]. 2017;51(2):1–9. Disponível em:www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034...lng=pt&nrm...

15. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Plano de Cuidado para idosos na Saúde Suplementar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 64 p. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf.

16. GOV.SP/ MIN. CIÊN. E TEC. Portaria N°1.918/2016-SMS.G, que institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2016 p. 6. Disponível em:ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2016/iels.out.16/Iels203/M_PT-SMS-1918_2016.pdf.

17. Correr CJ. Métodos clínicos para a prática da atenção farmacêutica. Univ Fed do Paraná [Internet]. 2012;78(4):1–12. Disponível em:www.scielo.com.br.

18. José M, Dáder F, Milena M, Castro S. Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico [Internet]. 1st ed. Lisboa: Rolo & Filhos II, S.A; 2009. p. 128. Disponível em:http://pharmcare.pt/wp-content/uploads/file/Guia_dader.pdf.

19. Oliveira MA, Luiza VL, Bermudez JAZ, Vasconcelos DMM de, Silva RM da, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(6):1937–49. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1937.pdf.

20. Vieira FS. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. Rev Saude Publica [Internet]. 2017;51:126. Disponível em:http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000185/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000185-pt.x83745.pdf.

21. Sousa IF de, Bastos PRH de O. Interdisciplinaridade e formação na área de Farmácia. Trab Educ e Saúde [Internet]. 2016;14(1):97–117. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n1/1981-7746-tes-14-01-0097.pdf.

22. Paulo B, Tomassi MH, Ribeiro E. Conhecimentos e atitudes de farmacêuticos em farmácias e drogarias do Butantã - São Paulo. Rev Ciencias Farm Basica e Apl [Internet]. 2012;33(janeiro):125–32. Disponível em:https://www.researchgate.net/profile/Eliane_Ribeiro/publication/267228691_Conhecimentos_e_atitudes_de_farmaceuticos_em_farmacias_e_drogarias_do_Butanta_-Sao_Paulo/links/54db7ca80cf233119bc631dd/Conhecimentos-e-atitudes-de-farmaceuticos-em-farmacias-e-drog.

23. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil : carga e desafios atuais. Lancet [Internet]. 2011;4:61–74. Disponível em:http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1 2011

Doen%E7as cr%F4nicas n%E3o transmiss%EDveis no Brasil.pdf?sequence=1.

24. Malta, Deborah Carvalho, Silva, Marta Maria Alves da Silva, Moura, Lenildo, Neto OL de M. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil , 2003 a 2015 : alcances e desafios. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017;20(4):661–75. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-661.pdf.

25. Etienne CF. Avanço dos aspectos econômicos das doenças não transmissíveis nas Américas. Rev Panam Saúde Pública [Internet]. 2018;42:1–2. Disponível em:http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49114/v42e942018_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

26. United Nations Development Programme. Preventing and controlling Non-Communicable Diseases. Issue Br [Internet]. 2017;(62):16. Disponível em:http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/preventing-and-controlling-non-communicable-diseases0.html.

27. Allen L, Williams J, Townsend N, Mikkelsen B, Roberts N, Foster C, et al. Socioeconomic status and non-communicable disease behavioural risk factors in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. Lancet Glob Heal [Internet]. 2017;5(3):e277–89. Disponível em:http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30058-X.

28. Buss PM, Magalhães D de P, Setti AFF, Gallo E, Netto F de AF, Machado JMH, et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. Cad Saude Publica [Internet]. 2014;30(12):2555–70. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202555&lng=pt&tlng=pt.

29. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, de Araújo SSC, da Silva MMA, Freitas MI de F, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Publica [Internet]. 2017;51:10. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf.

30. Porter ME, Teisberg EO, Michael E. Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. In Porto Alegre; 2007. p. 140–51. Disponível em:http://jetaconsul.dominiotemporario.com/doc/Estrategias_para_melhorar_a_qualidade_e_reduzir_custos__saude.pdf.

31. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 515 p. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.

32. WHO. Preventing chronic diseases : a vital investment [Internet]. 1st ed. World Health. Suíça: World Health Organization; 2005. 202 p. Disponível em:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf;jsessionid=9C39BF562C6C7F0F06321E67D0B29977?sequence=1.

33. Pinto HA. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 114 p. Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf.

34. De Cássia Barradas Barata R. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. Rev Saude Publica [Internet]. 1997;31(5):531–7. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2310.pdf.

35. Nascimento RCRM do, Álvares J, Afonso Guerra Junior A, Cristina Gomes I, Rosa Silveira M, Alves Costa E, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica [Internet]. 2017;51(2):1–12. Disponível em:https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007136.

36. World Health Organizatio. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. Villars-sous-Yens: WHO; 2016. 136 p. Disponível em:https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/.

37. Melgaçao TB, Carrera JDS, Nascimento DEB Do, Maia CDSF. Polifarmácia e ocorrência de possíveis interações medicamentosas. Rev Farmácia Univ Fed do Pará [Internet]. 2010;25(1):8. Disponível em:http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=609164&indexSearch=ID.

38. Cristina Rezende Macedo Nascimento R, Álvares J, Afonso Guerra Junior A, Cristina Gomes I, Rosa Silveira M, Alves Costa E, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica [Internet]. 2017;51:12. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf.

39. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, Adverse Drug Reactions, and Geriatric Syndromes. Clin Geriatr Med [Internet]. 2012;28(2):173–86. Disponível em:http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.002.

40. American Geriatrics Society Beers Criteria. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2019;21. Disponível em:https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.15767.

41. Medscape [Internet]. Disponível em:https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker.

42. Ipitria Dramc. Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba [Internet]. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 102 p. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resultado_projeto_implantacao_cuidados_farmaceuticos.pdf.

43. Fegadolli C, Santos DR dos, Fonseca DC, Marques TC. A percepção de farmacêuticos acerca da possibilidade de implantação da atenção farmacêutica na prática profissional. Espaç saúde (Online) [Internet]. 2010;12(1):48–57. Disponível em:http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v12n1/apercepcao.pdf.

44. AlmeidaRodrigo Batista. Ensino farmacêutico no Brasil na perspectiva de uma formação clínica. Rev Ciências Farm Básicas e Apl. 2014;35:9. Disponível em:http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewPDFInterstitial/2864/1595.

45. Ministério da Saúde. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde-caderno 1 [Internet]. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2014. 108 p. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.

46. Brasil. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde-caderno 2 [Internet]. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2014. 306 p. Disponível em:file:///C:/Users/jedua/Downloads/cuidado_farmaceutico_atencao_basica_saude_2.pdf.

47. Ministério da Saúde. RELATÓRIO DE GESTÃO 2003 DENASUS [Internet]. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2004. 1-54 p. Disponível em:http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio de Gestao DENASUS 2003.pdf.

48. Occhi G. Portaria Nº 3.582, de 6 de novembro de 2018-Dispõe da Estruturação de Academias da Saúde [Internet]. Brasil; 2018 p. 1. Disponível em:http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/12/Portaria-3582-Academia-da-Saude.pdf.

49. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Nucleo de Apoio à Saúde da Família [Internet]. 39th ed. Vol. 1. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2014. 1-118 p. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.

50. Gonçalves H, Gomes AP, Bertoldi AD, Nunes BP, Soares ALG, Assunção MCF, et al. Aconselhamento por profissionais de saúde e comportamentos saudáveis entre idosos: estudo de base populacional em Pelotas, sul do Brasil, 2014. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2018;27(1):1–11. Disponível em:https://www.scielosp.org/pdf/ress/2018.v27n1/e201720112.

51. Akerman M, Freitas O De. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. Rev Saude Publica [Internet]. 2017;51(suppl.2):1–5. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-8787201705100supl2ed.pdf.

52. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. Rev Saude Publica [Internet]. 2016;50(suppl 2):1–11. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006117.pdf.

53. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Sistema de Saúde no Brasil : organização e financiamento [Internet]. Rio de Janeiro: Athalaia Gráfica e Editora; 2016. 133 p. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf.

54. J.M. A, K.C. G, A.I. de LF, E. U, J.O.A. F. Chronic use of benzodiazepines among older adults. Rev Saude Publica [Internet]. 2014;48(6):866–72. Disponível em:http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84921495658&partnerID=40&md5=9b9ac91eea7d428925ed75891b66b3d4.

55. Medscape [Internet]. [cited 2017 Jan 10]. Disponível em:https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker.

56. Almeida SM de, Gama CS, Akamine N. Prevalência e classificação de interações entre medicamentos dispensados para pacientes em terapia intensiva. Einstein. 2007;5(4):347–51.

57. Beyth RJ, Shorr RS. Inquérito de Saúde (ISA) - Uso de medicamentos [Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 2015. 43 p. Disponível em:file:///C:/Users/jedua/Desktop/REFERÊNCIA MESTRADO FINAL/Referência

final/56 ISA_2015_UM.pdf.

58. Santos FTC. Análise da implantação de serviços clínicos farmacêuticos na atenção básica em uma região do município de São Paulo. Universidade de Brasília; 2017.

ANEXO A

Formulário norteador para realização da consulta farmacêutica

FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REALIZAÇÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA (PRONTUÁRIO)

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA

PERFIL DO PACIENTE

Unidade de Saúde:	Data e horário da 1ª consulta:
Área: Micro área: Família:	Local de atendimento: [ ] Consultório [ ] Domicílio
Nome do paciente:	Nº SUS ACS:
Data de nascimento: Idade: Origem:	Gênero: [ ] Masculino [ ] Feminino
Escolaridade: Estado civil:	Ocupação:
Telefone:	Peso: Altura: IMC:
Endereço:	
Com quem mora?	
Limitações: [ ] Nenhuma [ ] Locomoção [ ] Fala [ ] Visão [ ] Audição [ ] Outras:	
Autonomia na gestão dos medicamentos: [ ] Toma medicamentos sem assistência [ ] Necessita de lembretes ou de assistência [ ] Incapaz de tomar sozinho	
Tem cuidador? [ ] Não [ ] Sim	Nome: _____ Parentesco: Telefone:
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:	

HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: [ ] Não [ ] Sim. Qual (is)?_____

Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____

Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): [ ] Não [ ] Fumava, mas parou há _____ [ ] Sim

Qual(is)? _____ Quantidade / dia_____ Anos de uso _____ Anos / maço: _____

Exercício físico: [ ] Não [ ] Sim. Tipo de atividade: _____

Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____

Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

ACESSO AOS MEDICAMENTOS

Setor público	Setor privado	Quanto gasta com medicamentos mensalmente?
[ ] Unidades de saúde [ ] Rede Farmácia Popular [ ] F. comunitária pública [ ] F. especial / ambulatorial [ ] CEAF	[ ] Farmácias privadas [ ] Farmácias magistrais [ ] Programa "Aqui tem Farmácia Popular"	_____ Dificuldades de acesso: [ ] Não [ ] Sim: _____ _____

PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE SUS Associação Saúde da Família

FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REALIZAÇÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA (PRONTUÁRIO)

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.		
6.		
7.		
8.		
9.		

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

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE	
Nota:	**Motivo:**
QUALIDADE DE VIDA	
Nota:	**Motivo:**

PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE — SUS — Associação Saúde da Família

FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REALIZAÇÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA (PRONTUÁRIO)

FARMACOTERAPIA ATUAL

Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada										Tempo de uso	Como funciona p/ 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.															
11.															
12.															
13.															
14.															
15.															
16.															
17.															
18.															
19.															

* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REALIZAÇÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA (PRONTUÁRIO)

ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, o (a) senhor (a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

_____

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos?	
O que faz quando esquece de tomar seu medicamento? (Quando lembra e já passou do horário)	
O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada?	[ ] Não [ ] Sim
Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?	[ ] Não [ ] Sim
Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?	[ ] Não [ ] Sim

ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [ ] Não [ ] Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? [ ] Não [ ] Sim

[ ] Dor de cabeça	[ ] Tontura / Desequilíbrio	[ ] Dor muscular
[ ] Coceira / Urticária	[ ] Incontinência / Problema urinário	[ ] Fadiga / Cansaço
[ ] Problemas de sono	[ ] Problema sexual	[ ] Mudança no humor
[ ] Problema gastrointestinal		

AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

TERAPIAS ALTERNATIVAS / COMPLEMENTARES (ex.: medicamentos fitoterápicos, acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e remédios caseiros)

Terapia alternativa	Indicação/origem da prescrição	Frequência de utilização	Modo de preparo / utilização
	/		
	/		
	/		
	/		
	/		

ALERGIAS

Alergias conhecidas: [ ] Não [ ] Sim:

PREFEITURA DE SÃO PAULO | SUS | Associação Saúde da Família

FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REALIZAÇÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA (PRONTUÁRIO)

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	
[ ] Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado [ ] Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida [ ] Prescrição em subdose [ ] Prescrição em sobredose [ ] Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada [ ] Frequência ou horários de administração prescritos inadequados [ ] Duração do tratamento prescrita inadequada [ ] Interação medicamento-medicamento [ ] Interação medicamento-alimento [ ] Condição clínica sem tratamento [ ] Necessidade de medicamento adicional [ ] Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva [ ] Outros problemas de seleção e prescrição	
ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO	
[ ] Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente [ ] Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente [ ] Técnica de administração do paciente incorreta [ ] Forma farmacêutica ou via de administração incorreta [ ] Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária [ ] Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta [ ] Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente [ ] Continuação indevida do medicamento pelo paciente [ ] Redução abrupta de dose pelo paciente [ ] Paciente não inicia o tratamento [ ] Uso abusivo do medicamento [ ] Automedicação indevida [ ] Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO	
[ ] Dispensação de medicamento incorreto [ ] Dispensação de dose incorreta [ ] Dispensação de forma farmacêutica incorreta [ ] Dispensação de quantidade incorreta [ ] Medicamento em falta no estoque (não dispensado) [ ] Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
[ ] Omissão de medicamento prescrito [ ] Medicamentos discrepantes [ ] Duplicidade terapêutica entre prescrições [ ] Doses discrepantes [ ] Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes [ ] Duração de tratamentos discrepantes [ ] Outras discrepâncias não especificadas	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO	
[ ] Desvio de qualidade aparente [ ] Uso de medicamento vencido [ ] Armazenamento incorreto [ ] Outros problemas relacionados à qualidade	
MONITORAMENTO	
[ ] Necessidade de monitoramento laboratorial [ ] Necessidade de monitoramento não laboratorial [ ] Necessidade de auto monitoramento	
TRATAMENTO NÃO EFETIVO	
[ ] Tratamento não efetivo com causa identificada [ ] Tratamento não efetivo sem causa definida	
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO	
[ ] Reação adversa dose-dependente (tipo A) [ ] Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) [ ] Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) [ ] Reação retardada / Teratogênese (tipo D) [ ] Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) [ ] Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS	
[ ] Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental [ ] Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
[ ] Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

PREFEITURA DE SÃO PAULO SUS Associação Saúde da Família

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO		
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos	
[ ]	Outro aconselhamento não especificado	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA		
[ ]	Início de novo medicamento	
[ ]	Suspensão de medicamento	
[ ]	Substituição de medicamento	
[ ]	Alteração de forma farmacêutica	
[ ]	Alteração de via de administração	
[ ]	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
[ ]	Aumento da dose diária	
[ ]	Redução de dose diária	
[ ]	Outras alterações na terapia não especificadas	
MONITORAMENTO		
[ ]	Recomendação de monitoramento laboratorial	
[ ]	Recomendação de monitoramento não laboratorial	
[ ]	Recomendação de auto monitoramento	
[ ]	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	
ENCAMINHAMENTO		
[ ]	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico	
[ ]	Encaminhamento ao médico	
[ ]	Encaminhamento ao enfermeiro	
[ ]	Encaminhamento ao psicólogo	
[ ]	Encaminhamento ao nutricionista	
[ ]	Encaminhamento ao fisioterapeuta	
[ ]	Encaminhamento a serviço de suporte social	
[ ]	Encaminhamento a programa de educação estruturada	
[ ]	Encaminhamento ao pronto-atendimento	
[ ]	Outros encaminhamentos não especificados	
PROVISÃO DE MATERIAIS		
[ ]	Lista ou Calendário posológico de medicamentos	
[ ]	Rótulos / Instruções pictóricas	
[ ]	Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais	
[ ]	Material educativo impresso / Panfleto	
[ ]	Informação científica impressa	
[ ]	Diário para auto monitoramento	
[ ]	Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento	
[ ]	Dispositivo para auto monitoramento	
[ ]	Provisão de materiais não especificados	
[ ]	Medicação assistida	
[ ]	Caixa organizadora de medicamentos (C.O.M)	
[ ]	Fracionamento	
[ ]	Dispensação periódica	
		[ ] Nenhuma intervenção realizada neste momento

OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE

_____

_____

FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO

Tempo da consulta (min):	Farmacêutico / Assinatura:	Data e horário da próxima consulta:

FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA REALIZAÇÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA (PRONTUÁRIO)

REGISTRO DE CONSULTA - RETORNO		
Paciente:	Data:	Hora Início:

RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES	
MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA	Evolução / O que aconteceu:
Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento	
Alterações na farmacoterapia realizadas:	
Exames de monitoramento realizados:	
Consultas realizadas com médico e outros profissionais:	

PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS - RETORNO

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.		
6.		
7.		
8.		
9.		

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

ANEXO B

Parecer consubstanciado emitido pelo CEP

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação dos Cuidados Farmacêuticos na Rede de Atenção à Saúde a partir de consultas farmacêuticas realizadas nas Unidades de Saúde dos territórios de Capela do Socorro e Parelheiros

Pesquisador: Julio Eduardo Pereira de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 77408717.5.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.073.126

ANEXO C

Autorização de pesquisa SMSSP

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SAÚDE

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

São Paulo, 06/09/17

Ao
Comitê de Ética de Pesquisa

A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a patente pesquisa" *Avaliação dos cuidados farmacêuticos na rede de Atenção à Saúde a partir de consultas farmacêuticas realizadas nas Unidades de Saúde nos territórios de Parelheiros e Capela do Socorro*" e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade respeitando o artigo 1° da Portaria SMS-G de Nº 523 de 24 de Agosto de 2005 que diz:

"Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado."

Fica o pesquisador responsável de comunicar a Gestão de Pessoas/Desenvolvimento da CRS-SUL o n° do parecer do CEP de SMS.

O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento- Gestão de Pessoas) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente

Júlio Eduardo Pereira de Souza
Pesquisador

Maria Laura Deorsola
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

APÊNDICE A

Questionário sobre percepção farmacêutica antes e depois da normatização da Portaria nº 1.918 / 2016 sobre Cuidados Farmacêuticos

1- Qual a sua percepção em relação ao aconselhamento do paciente mais utilizado por você?

2- Como são dadas as devolutivas e por quem em relação a melhoria de adesão do tratamento medicamentoso após sua intervenção?

3- Consegue perceber quando o usuário não entende a sua orientação?

4- Percebe do usuário confiança com relação as orientações dadas por você?

5- Julga-se capaz de interferir no uso do medicamento de um paciente a partir de percepção de um problema?

6- Sente-se responsável pelos bons resultados do uso dos medicamentos pelo paciente?

7- Sente-se seguro para discutir casos com a equipe multidisciplinar da unidade de saúde?

8- Sente-se trabalhando em equipe com os demais profissionais da unidade de saúde?

9- Sente a necessidade de especialização ou atualização do conhecimento?

10- Percebe boa receptividade dos pacientes em relação aos Cuidados Farmacêuticos?

11- Acha importante para um bom andamento dos Cuidados Farmacêutico ter um RH e infraestrutura adequada?

12- Houve maior inserção nas reuniões de equipe?

13- Houve mudança na postura profissional?