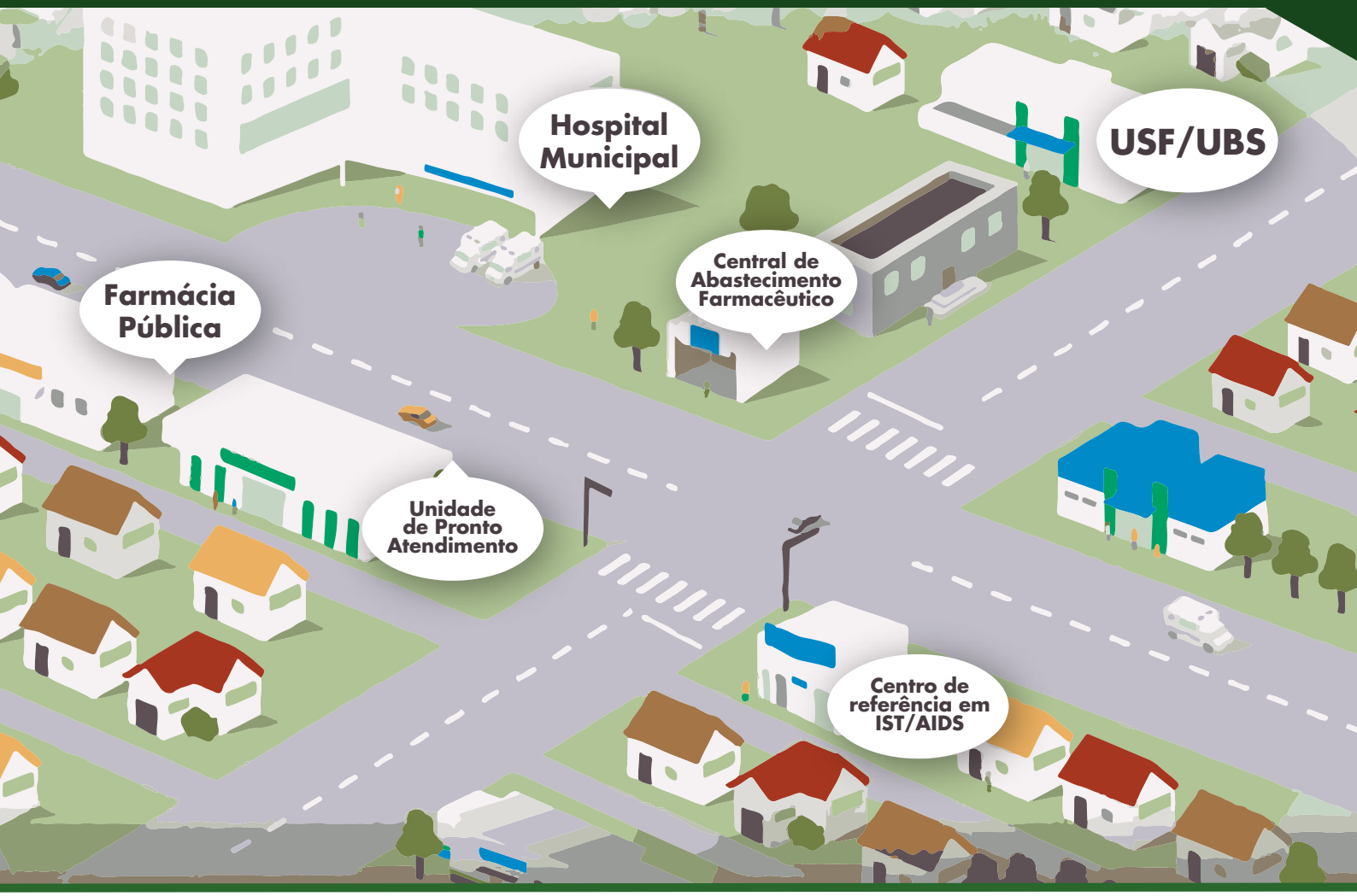
MINISTÉRIO DA SAÚDE



VOL. 5

Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasilia - DF
2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE

VOLUME 5

Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica:
aplicação do método clínico

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde

Brasilia - DF
2020

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

VOLUME 5

Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica:
aplicação do método clínico

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde

Brasilia - DF
2020

2020 Ministério da Saúde.

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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – 1.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios,
bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6101
Site: www.aps.saude.gov.br
E-mail: cgctab@saude.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO
OSWALDO CRUZ (HAOC)
R. João Julião, 331, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br

CONSELHO NACIONAL DE
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
anexo B, sala 144
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Grupo executivo:
Hospital Alemão Oswaldo Cruz:
Aline Fajardo
Karen Sarmento Costa
Samara Kielmann
CONASEMS:
Elton da Silva Chaves
Hisham Mohamad Hamida
Ministério da Saúde:
Olivia Lucena de Medeiros
Hannah Carolina Tavares Domingos
Izabella Barbosa de Brito

Coordenação geral do projeto:
Ana Paula N. Marques de Pinho
Samara Kielmann

Coordenação técnica do curso:
Leonardo Régis Leira Pereira

Gestão do projeto:
Aline Fajardo
Camila Tavares de Sousa
Flávia Landucci Landgraf
Mariana Castagna Dall'Acqua

Innovativ (HAOC):
Gestão dos processos de EaD:
Débora Schuskel
Modelagem Instrucional e Pedagógica:
Débora Schuskel
Gestão dos Processos do Curso:
Gicelma Rosa dos Santos
Adrielly Saron Alves Silva Lopes
Gestão do ambiente virtual
de aprendizagem:
Alline Tibério
Produção audiovisual:
Anders Rinaldi Angelin
Designer Instrucional:
Daniel Tschisar

Elaboração do conteúdo e texto:
André de Oliveira Baldoni
Bárbara Cristina Barreiros
Camilo Molino Guidoni
Dayde Lane Mendonça da Silva
Fabiana Rossi Varallo
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Fernanda Plessmann de Carvalho
Leonardo Régis Leira Pereira
Mauro Silveira de Castro
Patrícia Sampaio Chueiri
Paulo Roque Obreli Neto
Rangel Ray Godoy
Samuel Amano Maximo
Simone Barbosa da Silva Bier
Thaís Teles de Souza
Tiago Marques dos Reis

Revisão técnica:
Alice Aparecida de Olim Bricola
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Karen Sarmento Costa
Leonardo Régis Leira Pereira
Orlando Mário Soeiro

Colaboração técnica:
Dayde Lane Mendonça da Silva
Mauro Silveira de Castro

Coordenação editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Revisão de texto:
Julia Nader Dietrich – Educomunicação
e Jornalismo

Projeto gráfico e capa:
Laura Camilo – L7 Design

Normalização:
Delano de Aquino Silva –
Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica : aplicação do método clínico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
5 v. : il.

Conteúdo: v. 1. O Cuidado farmacêutico no contexto do sistema de saúde. v. 2. Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico. v. 3. Método clínico: acolhimento e coleta de dados. v. 4. Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia. v. 5. Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas.
ISBN 978-85-334-2850-8 (coleção)
ISBN 978-85-334-2855-3 (volume 5)

1. Prática farmacêutica baseada em evidências. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Procedimentos clínicos. I. Título.

CDU 615.12

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0318

Título para indexação:
V. 5. Clinical Method: care plan, monitoring and evaluation of therapeutic goals

Sumário

Prefácio 09

Abertura 10

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde:
uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS

Aula 20 - Elaboração do plano de cuidado: acordando decisões 18

Introdução 21

O que é um plano de cuidados? 25

Nenhuma causa identificada? 35

Critérios mínimos de um plano de cuidado farmacêutico 35

Referências 38

Aula 21 - Método clínico: plano de cuidado articulado com a equipe 40

Introdução 43

Colaboração interprofissional com quem? 46

- Equipes de referência 47
- Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) 48
- Outros profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) 49

Como estabelecer a colaboração interprofissional no plano de cuidado? 50

- Consultas e visitas domiciliares compartilhadas 51
- Reuniões de equipe 51
- Projeto Terapêutico Singular (PTS) 52
- Encontros e fóruns de rede 55
- Atividades complementares 55

Aplicando o conhecimento: o caso de Dona Maria José da Silva 56

Conclusões 60

Síntese da Aula 61

Referências 62

Aula 22 - Método clínico: plano de cuidado articulado com os serviços 64

Introdução 67

Redes de Atenção à Saúde (RAS) 70

Elementos constitutivos da RAS 72

Redes temáticas 73

Serviços de saúde 74

Coordenação do cuidado entre os níveis assistenciais 80

As dimensões da gestão do cuidado em saúde 80

Sistematizando a transição do cuidado 82

Conclusões 88

Síntese da Aula 89

Referências 90

Aula 23 - Método clínico: plano de cuidado na dispensação dos medicamentos 92

Introdução 95

Dispensação: fundamentos e sistematização do serviço 95

Fundamentos e panorama atual da dispensação 96

Objetivos e normas das boas práticas na dispensação 101

Sistematização da dispensação e ferramentas para sua oferta na Atenção Básica 102

Considerações finais 119

Síntese da Aula 121

Glossário 121

Referências 122

Material Complementar 124

Aula 24 - Método clínico: monitoramento do plano de cuidado, das metas estabelecidas e dos indicadores individuais 126

Introdução 129

Acompanhamento ao paciente: etapa final do método clínico no cuidado farmacêutico 131

Estratégias para monitoramento e acompanhamento 133

Acompanhamento no atendimento a paciente com problemas crônicos 134

Acompanhamento a pacientes com problemas agudos 137

Consultas de retorno 140

Gestão de caso 144

Baseline e evolução clínica do paciente: definição de metas e coleta de indicadores 146

Considerações finais 151

Síntese da Aula 152

Referências 153

Aula 25 - Método clínico: revisão da farmacoterapia 156

Introdução 159

Formas de revisão da farmacoterapia 163

Avaliação global da farmacoterapia 166

Métodos para revisão da farmacoterapia 170

Avaliação de necessidade/indicação 171

Avaliação da adesão ao tratamento 172

Avaliação da efetividade 174

Avaliação da segurança 175

Síntese da Aula 177

Referências 178

Aula 26 - Preparar a implantação do Cuidado Farmacêutico: reorganização do processo de trabalho e avaliação dos impactos clínico, econômico e social 180

Introdução 183

Elaboração de um projeto para a implantação de Cuidado Farmacêutico 184

Revisão bibliográfica com identificação do problema 185

Justificativa 191

Métodos 192

Objetivos 194

Desenvolvimento 194

Cronograma 209

Apresentação do projeto para equipe de saúde e gestor 210

Definição de uma equipe de condução 210

Síntese da Aula 212

Referências 213

Prefácio

Este livro é fruto de uma parceria estratégica e fundamental entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), para o fortalecimento da Atenção Básica/Primária (AB/APS) em Saúde no Brasil.

O projeto ***Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços farmacêuticos e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*** é um convite à reflexão sobre os serviços farmacêuticos na AB/APS visando maior integração destes na rede de saúde e qualificação de sua oferta aos usuários. É com essa perspectiva e considerando as necessidades de saúde da população e do próprio Sistema de Saúde do nosso país que desenvolvemos um conjunto diversificado de iniciativas ao longo do projeto.

Dentre elas, destacamos a construção e a oferta aos municípios brasileiros de forma inédita do curso ***Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico***, direcionado aos profissionais farmacêuticos, que visa contribuir para o desenvolvimento do raciocínio clínico do farmacêutico, por meio de um método clínico utilizado no cuidado farmacêutico, voltado ao enfrentamento de problemas relacionados à farmacoterapia.

Foram também desenvolvidos três outros cursos voltados a profissionais – nível médio e/ou técnico, nível superior, e gestores - que atuam junto aos serviços farmacêuticos municipais, cujo material é apresentado, respectivamente, nas coleções *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde, Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e no livro *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*.

Nesta publicação, estruturada a partir do curso para farmacêuticos, o leitor poderá acompanhar os conteúdos e reflexões propostos como uma ação de formação continuada adequada à rotina desses profissionais. A mesma tem como objetivo fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os farmacêuticos possam ampliar a sua atuação clínica na AB a partir da compreensão das dimensões do cuidado em saúde, do cuidado centrado na pessoa, do cuidado farmacêutico no contexto do Sistema de Saúde, assim como as competências do farmacêutico no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico e os aspectos da aplicação do método clínico.

A fim de apoiar o leitor na compreensão da proposta original do curso, foram mantidas as estruturas das aulas, congregando a cada volume, um conjunto de unidades de aprendizagem sempre enriquecidas por exemplos práticos do cotidiano do profissional nos serviços de saúde e por ilustrações que facilitam a compreensão das discussões enunciadas. A cada unidade são compartilhadas, ainda, referências e materiais complementares para aprofundamento.

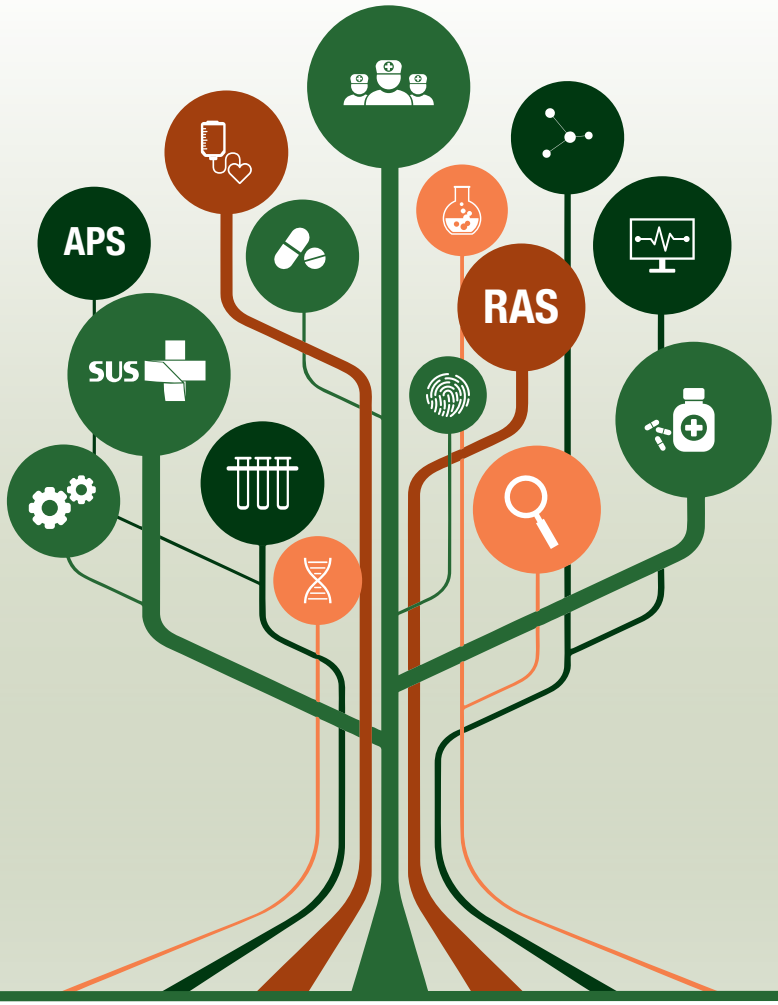
O HAOC espera que, em consonância com a sua missão, este projeto e esta publicação possam contribuir para fortalecer a Atenção Básica no SUS por meio da atuação integrada de profissionais qualificados, da promoção de mudanças no processo de trabalho do farmacêutico e na sua integração na equipe de saúde, proporcionando melhoria da qualidade da assistência e do cuidado ao usuário do sistema.

Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Abertura

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS

Autores: Samara Kielmann, Aline Fajardo, Camila Tavares de Sousa, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Karen Sarmento Costa, Leonardo Régis Leira Pereira, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida


APS
SUS
RAS

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS

Samara Kielmann, Aline Fajardo, Camila Tavares de Sousa, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Karen Sarmento Costa, Leonardo Régis Leira Pereira, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Um dos recursos de maior custo-efetividade empregado na área da saúde é o medicamento quando utilizado de forma racional. Nos casos de uso de forma inadequada, este se torna um significativo problema de saúde pública[1]. Assim, para que se tenha uma utilização efetiva e segura dos medicamentos é necessário que eles estejam no foco da atuação dos diferentes profissionais de saúde, de forma a propiciar melhores resultados advindos com a utilização da farmacoterapia e evitar as graves consequências relacionadas ao seu uso inadequado[2].

Embora essa discussão esteja bastante consensuada no âmbito da saúde, de forma concreta as ações da Assistência Farmacêutica restritas à provisão do acesso aos medicamentos não dão conta de responder às reais necessidades da atenção integral à saúde e minimizar os riscos causados pelo uso inadequado destes. É necessário que as pessoas sejam orientadas sobre a utilização apropriada dos medicamentos e a importância do tratamento terapêutico farmacológico para o controle das doenças[3].

Nesse sentido, faz-se necessário que os serviços farmacêuticos estejam organizados, estruturados e integrados aos demais serviços de saúde, tendo como foco garantir a disponibilidade de medicamentos, assim como a qualidade e conservação (gestão do medicamento). Ainda no contexto dos serviços farmacêuticos é importante prestar serviços assistenciais, com foco na efetividade e na segurança da terapêutica: avaliar, obter e difundir informações sobre medicamentos e sobre saúde na perspectiva da educação em saúde e da educação permanente das equipes (gestão do cuidado em saúde)[4,5].

A Política Nacional de Atenção Básica inova ao explicitar as diretrizes da assistência farmacêutica na atenção básica, propondo

> desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado[6].

Para tanto, a atuação do profissional farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na Atenção Básica/Primária em Saúde, deve ser também orientada para além das ações relacionadas ao planejamento e à gestão do medicamento e envolver as ações voltadas ao cuidado das pessoas, com o desenvolvimento das competências (conhecimento + habilidade + atitude) voltadas à clínica.

É fundamental preparar o farmacêutico para desempenhar suas "novas funções" atendendo às expectativas do sistema de saúde, inserido em uma equipe de saúde, trabalhando de forma integrada, em qualquer nível do SUS. Dessa forma, para exercer essa "nova atribuição" mais voltada à clínica, exige-se que o farmacêutico tenha acesso a uma formação de qualidade desde a graduação e continuando com a capacitação em serviço.

Assim, em vista da demanda de formação adequada dos farmacêuticos para atender as necessidades da população brasileira e do próprio sistema de saúde do país, a equipe do Projeto da Atenção Básica formulou, desenvolveu e ofereceu aos farmacêuticos dos municípios brasileiros o ***Curso Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico***, com o objetivo de fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os profissionais farmacêuticos na Atenção Básica/Primária em Saúde possam desenvolver o raciocínio clínico por meio de um método clínico utilizado no cuidado farmacêutico, voltado ao enfrentamento de problemas relacionados à farmacoterapia.

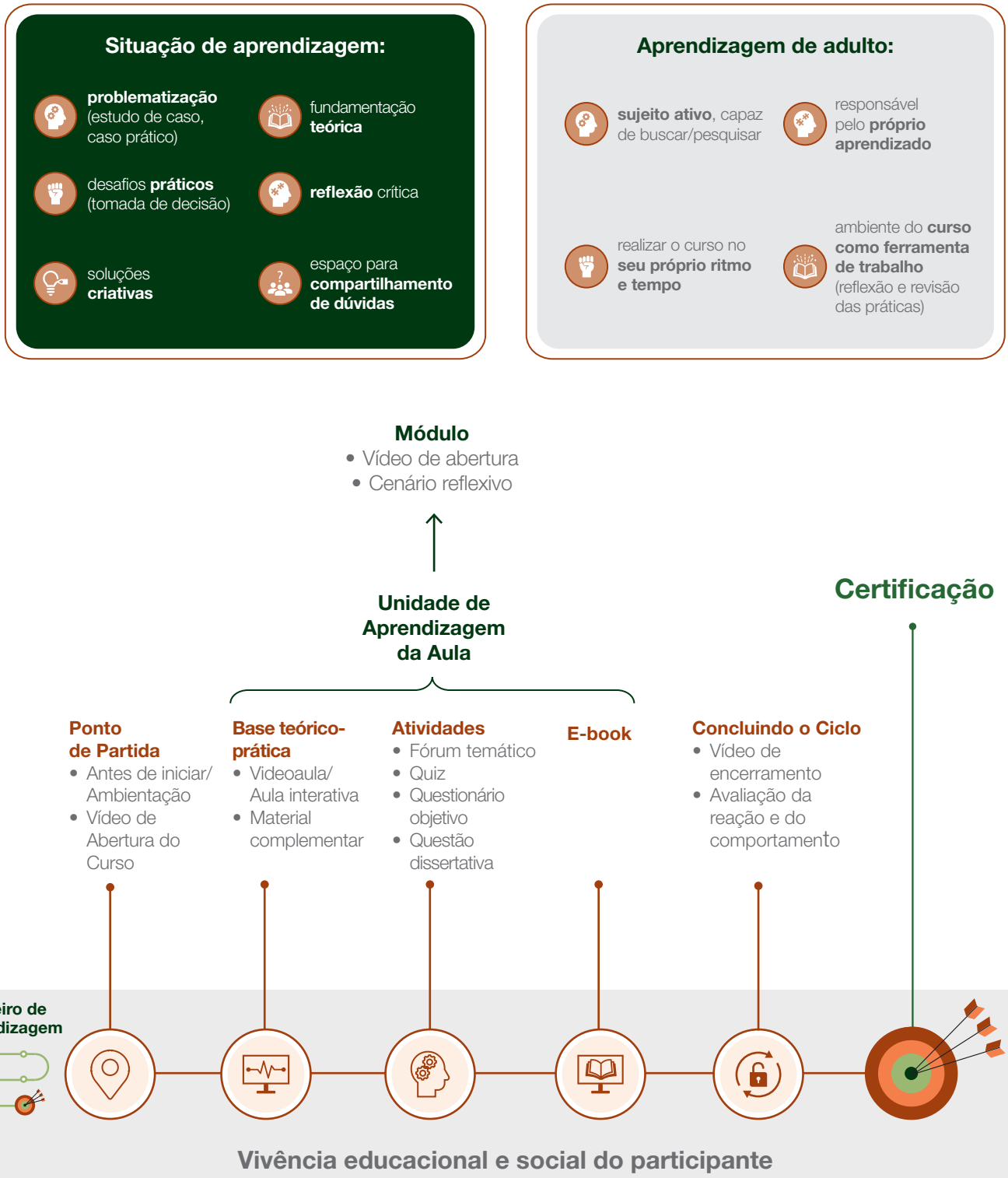
A elaboração do curso foi fundamentada no construtivismo com ênfase na participação ativa do estudante na qual ele é instigado a experimentar e (re)construir o conhecimento. A abordagem pedagógica construída contribui para o desenvolvimento de estruturas conceituais e para a construção reflexiva e crítica do conhecimento dos farmacêuticos - elementos principais na aprendizagem significativa proposta pela formação. Esse tipo de abordagem requer desses farmacêuticos uma postura proativa no processo ensino-aprendizagem para estudarem com autonomia e com comprometimento com o curso, planejando o tempo de dedicação e criando uma rotina de estudos adequada à sua vida pessoal e profissional, como esquematizado na Figura 1, a seguir.

Adotamos no curso o conceito de Cuidado Farmacêutico como:

> um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde[5:115].

Os conteúdos abordados percorrem desde a compreensão das dimensões do cuidado em saúde, do cuidado centrado na pessoa e do cuidado farmacêutico no contexto do Sistema de Saúde, além das competências necessárias do profissional farmacêutico no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico e os aspectos relacionados à aplicação do método clínico.

Figura 1. Desenho pedagógico do curso



Fonte: Elaboração própria.

Considerando o ineditismo e a importância desse material para a formação de farmacêuticos no SUS e levando em conta a situação imposta pela pandemia do novo Coronavírus, que exige a busca de novas alternativas dentro da realidade da Atenção Básica/Primária em Saúde para orientar os usuários na utilização adequada dos medicamentos, principalmente aquelas pessoas que são consideradas grupo de risco para a COVID-19, o Grupo Executivo do Projeto, constituído pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (MS/SAPS), propôs a organização dessa coleção, a partir do material didático elaborado no curso, com a expectativa de ampliar o conhecimento e as oportunidades dos profissionais farmacêuticos na implantação e/ou ampliação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

O conteúdo dos módulos, aqui apresentados em formato de volumes, foi pensado de forma encadeada para que o farmacêutico passe por todas as unidades de aprendizagem de forma fluída e organizada como um ciclo. Por essa razão, cada volume desta coleção é composto por um conjunto de unidades de aprendizagem. São, ao todo, cinco volumes:

- Vol. 1 - O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde
- Vol. 2 - Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico
- Vol. 3 - Método clínico: acolhimento e coleta de dados
- Vol. 4 - Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia
- Vol. 5 - Método clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas

Para apoiar a compreensão dos leitores, seguindo a própria organização dos cursos, cada volume e suas respectivas unidades de aprendizagem são ilustradas com quadros e figuras que facilitam a apresentação das informações, bem como referências e indicações de leituras complementares. A cada aula, também são apresentados os objetivos de aprendizagem e um breve resumo do conteúdo apresentado.

Esperamos que o farmacêutico no contexto da Atenção Básica/Primária em Saúde possa se tornar um profissional de saúde protagonista no processo de cuidado das pessoas, utilizando a sua formação clínica para diminuir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos, contribuindo com os resultados alcançados nos tratamentos medicamentosos, além de melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida das pessoas atendidas no SUS. Para isso é estratégica a implementação de um novo processo de trabalho do profissional farmacêutico junto às equipes de saúde no contexto da Atenção Básica.

Desejamos que essa publicação democratize o conhecimento voltado à formação clínica entre os farmacêuticos e sirva como um incentivo a esses profissionais para implantarem o Cuidado Farmacêutico em seus municípios e modificarem a realidade da atuação profissional, também voltada às atividades clínicas, mas sem negligenciar e retroceder os avanços já conquistados na gestão do medicamento.

Boa Leitura!

Referências

1. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2006; 42(1):137-46.

2. Santos FTC. Aula 5, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 07 maio 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.

4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados em la atención primaria de salud y las buenas prácticas em farmacia. Washington, DC: OPAS; 2013. 20 p.

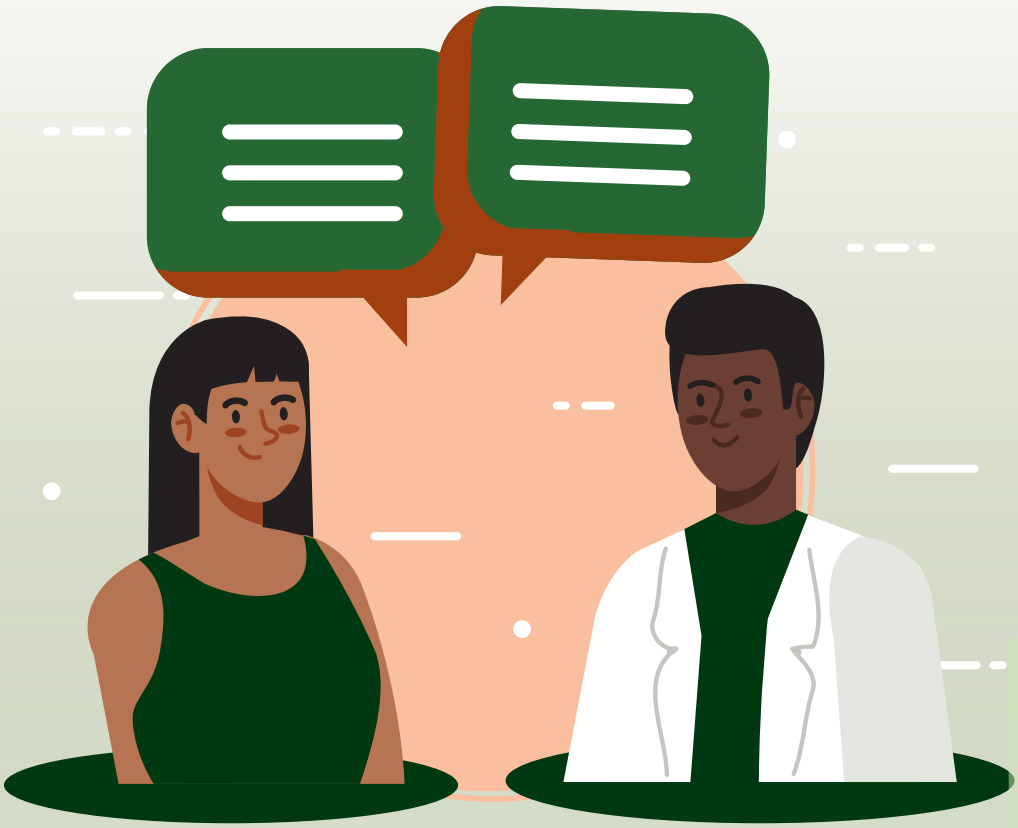
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 17 ago 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Aula 20

Elaboração do plano de cuidado: acordando decisões

Autor: Mauro Silveira de Castro



Aula 20 - Elaboração do plano de cuidado: acordando decisões

Ementa da aula

Esta aula apresenta o conceito de plano de cuidado Farmacêutico, os princípios para elaboração de um plano de cuidado e os critérios mínimos a serem observados em sua construção. Salienta-se que o fundamento de toda a concepção do plano é a tomada de decisão compartilhada que leva a um acordo para a realização de intervenções em saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem

Compreender que a pessoa usuária de medicamentos deve participar da construção do plano de cuidados farmacêuticos, devendo o profissional apresentar-lhe as evidências em saúde e as possibilidades de intervenções, assim como os pontos positivos e negativos.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Nesta aula iniciamos o *Módulo 5*, denominado Método Clínico: plano de cuidado, monitoramento e avaliação das metas estabelecidas. Trata-se de um processo bastante importante, mas, para seu sucesso, todas as ações preconizadas nas aulas anteriores devem ter atingido o grau de qualidade necessário para que seja possível a realização de um plano.

Voltemos então à *Aula 12 - Semiologia no Cuidado Farmacêutico*, que compõe o *Módulo 3** deste curso, que terminou com uma sugestão para reflexão:

Vamos refletir!

"Você já percebeu que na aplicação da Semiologia Farmacêutica no Cuidado Farmacêutico existe uma mudança de eixo em relação a história da farmacoterapia utilizada na prática da Farmácia Clínica? Percebe que agora não é só o medicamento que importa? Que a pessoa passa a ser central?"

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 5* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Método clínico: acolhimento e coleta de dados*.

Podemos encontrar uma resposta para a reflexão anterior nas afirmações de Rovers, quando relata que:

> *"o desenvolvimento de um plano de cuidados é absolutamente vital se um farmacêutico fornecer serviços farmacêuticos clínicos. Historicamente, embora todos os farmacêuticos reunissem pelo menos algumas informações dos pacientes e encontrassem problemas ocasionais na farmacoterapia, eles não desenvolviam rotineiramente um meio pelo qual resolvessem os problemas. Em vez disso, eles simplesmente informavam o médico sobre o problema e deixavam que este decidisse o que deveria ser feito. Contrastando com essa situação, cuidado farmacêutico exige que os farmacêuticos aceitem a responsabilidade pelos desfechos relacionados à farmacoterapia de um paciente[1]."*

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O referido autor considera que, no processo de trabalho do farmacêutico, o profissional deve disponibilizar um produto para as pessoas – um **plano de cuidado** – sendo este oferecido durante um processo no qual se busca otimizar a saúde e o bem-estar do usuário de medicamentos. Ou seja, no plano, projetam-se intervenções com o intuito de buscar a correção de uma farmacoterapia para que esta possa atingir os objetivos necessários para prover saúde e bem-estar para aquela pessoa específica. O profissional deixa, assim, de somente fornecer informações para a equipe de saúde, assumindo uma atitude proativa de compartilhamento de responsabilidades e de cuidado para a pessoa que utiliza medicamentos.

Diversos estudos sobre as melhores intervenções para otimizar a farmacoterapia foram e continuam sendo publicados, principalmente tendo como foco a adesão ao tratamento[2-5]. Entretanto, uma nova visão parece estar ganhando corpo como política de saúde e de aumento da qualidade assistencial – tomada de decisão compartilhada e/ou cuidado centrado na pessoa[6-8]. Alguns governos passaram a adotar como política pública o incentivo para que os profissionais da saúde passem a realizar a tomada de decisões em conjunto com os pacientes (veja informações no box a seguir). Existem três posicionamentos dos pacientes frente à possibilidade de participação na tomada de decisão: (a) de participar da decisão sobre a intervenção (ou intervenções) a ser utilizada para solucionar seu problema de saúde; (b) de decidir por si só o que fazer; (c) de deixar que o profissional de saúde decida por ele. As opções (a) e (b) têm sido as mais desejadas[6,7]. Nesse caso, o papel do profissional da saúde é apresentar as evidências de cada proposta de intervenção, bem como os respectivos riscos e os benefícios, e tratar de decidir em conjunto com a pessoa o que pode ser melhor para ela[7,8].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Saiba mais!

Para um conhecimento aprofundado sobre esse tema sugerimos a leitura dos arquivos disponíveis nos links abaixo:

Austrália – Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

- https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/partnering-consumers/shared-decision-making

Reino Unido – National Institute for Health and Care Excellence

- https://www.nice.org.uk/advice/ktt23/resources/shared-decision-making-pdf-58758011521477

Estados Unidos – Institute of Medicine. Crossing The Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press; 2001.

- https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

A "tomada de decisão" é um processo para se fazer escolhas, identificando uma opção/decisão, por meio da coleta de informações e avaliação de resoluções alternativas ao problema a ser solucionado ou ao caminho a ser trilhado. A "tomada de decisão compartilhada" é também um processo para se fazer escolhas, onde o(s) profissional(is) da saúde e o paciente discutem as possíveis alternativas para solucionar um problema de saúde, onde essas opções são avaliadas, seus benefícios e seus malefícios, sempre à luz das preferências do paciente. Nesse processo é necessário organizar as informações relevantes com base em evidências clínicas que equilibram riscos e resultados esperados com as preferências do paciente, definindo as alternativas para poder tomar decisões. Essa abordagem tende a aumentar as chances de escolha de uma alternativa mais satisfatória para o paciente, com implicações na melhoria da adesão ao tratamento e, consequentemente, nos desfechos em saúde, principalmente no longo prazo[7-10].

É importante entender que é a partir da tomada de decisão ou decisões que as intervenções e mudanças na vida da pessoa serão realizadas. Afinal, é ela que necessita de cuidados, e quem, na maioria das vezes, vai ser a responsável pela execução de grande parte do plano que será posto em marcha. A filosofia do cuidado farmacêutico como prática profissional traz como parte do fazer assumir a responsabilidade como defensor dos interesses da pessoa sob cuidado[11]. E o modelo/método clínico centrado na pessoa, como descrito em aulas anteriores, exige que a pessoa seja o centro da abordagem e não a equipe de saúde ou mesmo o medicamento/farmacoterapia em si.

Essa é uma das justificativas que fundamentam este curso, na qual se procura que os princípios do método clínico centrado na pessoa sejam amplamente utilizados. Portanto, o presente capítulo terá como objetivo mostrar passo a passo a construção de um plano de tomada de decisão compartilhada que deve levar a um acordo de atuação entre o farmacêutico e a pessoa, seu cuidador ou família, se for o caso.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O que é um plano de cuidados?

> *O planejamento é o coração do processo de tomada de decisão.*[12]

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Para desenvolver um plano de cuidado (PC), o farmacêutico trabalha com o paciente - e outros profissionais de saúde, quando apropriado - para **identificar, avaliar e escolher** método(s) que venha(m) garantir que a farmacoterapia seja efetiva e que se minimize os problemas relacionados à saúde, bem como medidas não farmacológicas e complementares que contribuam para alcançar os desfechos terapêuticos desejados[1].

Como apresentado anteriormente, para a tomada de decisão é necessário organizar as informações relevantes, por meio da análise das evidências clínicas, das preferências da pessoa em consulta, gerando escolha de alternativas. É na anamnese que algumas dessas informações estão disponíveis, outras na literatura. Quando a farmacoterapia não possui complexidade, são poucos os medicamentos, e constata-se apenas um problema de saúde o planejamento torna-se fácil. Entretanto, quando existe complexidade no caso clínico, com vários problemas de saúde detectados, o planejamento necessita levar em consideração todas as informações da anamnese e exames correlatos, o que exige revisão para que nenhuma situação ou informação seja esquecida. Por outro lado, como profissionais, tratamos de registrar, muitas vezes, as informações de uma forma científica e devemos "traduzi-las" para a realidade e cultura da pessoa que está sendo atendida. Com esse intuito, retomamos elementos da anamnese e informações registradas no prontuário do usuário de medicamentos.

Na *Aula 12 - Semiologia no Cuidado Farmacêutico*, foi relatada a necessidade de que cada medicamento ou associação de medicamentos para uma mesma finalidade tivesse a sua "análise situacional" de uso realizada. Durante a análise fica configurada a presença ou não de problemas relacionados com a farmacoterapia. Em continuidade, aproveita-se o momento e se realiza uma proposta de solução para o problema detectado, conforme estabelecido na Figura 5 (*Segunda parte da Análise Situacional de uso de um medicamento ou associação de medicamentos para uma determinada condição clínica*) daquela aula, a qual reproduzimos novamente aqui. Observe atentamente a figura e veja que a ela explicita "caminhos para atingir objetivos e metas", ou seja, trata-se de uma pesquisa metodológica que aponta os métodos possíveis de serem utilizados (estratégias, intervenções, o que monitorizar e quais os atores envolvidos). Para cada medicamento ou associação de medicamentos que não cumpre com os princípios da farmacoterapia foi estabelecida uma análise e propostas de intervenção. Solicitamos que você leia novamente como esses procedimentos são realizados para poder acompanhar o processo de planejamento em sua totalidade.

Figura 2. Segunda parte da Análise Situacional de uso de um medicamento ou associação de medicamentos para uma determinada condição clínica

Fonte: Elaboração própria.

De posse dessa abordagem realizada durante a anamnese e nos registros do prontuário pode-se realizar o processo de planejamento, que se constitui de três grandes domínios: identificação, avaliação e escolha[1]. Existem vários passos a serem realizados, cada um com ações específicas, descritas a seguir[1-2,6-17].

1

Identificação dos métodos necessários para realização de intervenções:
a. Realizar avaliação sistemática da situação referente a problemas relacionados com a farmacoterapia.

Portanto, para realizar a avaliação sistemática o profissional deverá retomar as análises situacionais realizadas e demais informações clínicas procurando produzir uma síntese das mesmas, principalmente no tocante às estratégias, intervenções e monitorização, visto que estas podem se sobrepor. O principal objeto de estudo e avaliação, por parte do farmacêutico, está relacionado ao uso de medicamentos que podem constituir-se em problema de saúde não-resolvido, mas não se restringe somente ao uso de medicamentos. Portanto, fazem parte da abordagem a avaliação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. A grande meta é organizar as informações relevantes para poder iniciar o planejamento das ações necessárias aos objetivos terapêuticos.

Pessoas com um problema relacionado com a farmacoterapia oportunizam facilidade na realização dessa etapa. Entretanto, aquelas com várias doenças ou condições de saúde com problemas podem ter planos de cuidados com vários componentes, fazendo-se necessário abordar cada condição. Caso haja sobreposições de estratégias, intervenções e monitorização uma síntese deve ser realizada. Por exemplo, uma pessoa com hipertensão, diabetes e dislipidemia quando da análise situacional, pode ter sido prevista a perda de peso como estratégia para todos esses problemas e que a intervenção será referência para nutricionista ou apresentação de dieta padrão estabelecida pela equipe.

A monitorização será realizada por meio de medição do peso da pessoa e as evoluções no prontuário. Quando da apresentação dos problemas de saúde e das estratégias, ao esclarecer como a redução da obesidade ou do sobrepeso pode atuar nesses três problemas de saúde, gera-se a possibilidade de uma maior aceitação. Deve-se estabelecer os pontos positivos dessa estratégia, como também os negativos. Reafirmamos que é essencial que nesse momento se tenha clareza de como educar e comunicar a pessoa sobre essas opções.

Essa mesma pessoa, com uma farmacoterapia que inclua anlodipino e sinvastatina pode ter a dose da última reduzida para 20mg, devido à interação entre esses medicamentos. Portanto, a organização das informações sobre os problemas de saúde e a síntese das estratégias e intervenções metodológicas devem ser sistematizadas para à apresentação a pessoa para fundamentar a tomada de decisões compartilhada.

O farmacêutico também deve preparar informações sobre os pontos positivos e os negativos das opções de terapia medicamentosa, como acesso, efeitos colaterais e fatores relacionados ao monitoramento. Um exemplo de como proceder para aquelas doenças que são mais prevalentes no contexto de atuação profissional é fornecido pela Mayo Clinic em seu “Mayo Clinic Shared Decision Making National Resource Center”, que pode ser acessado em **https://shareddecisions.mayoclinic.org/**.

Para as pessoas com Diabetes são apresentados alguns cartões para que ela possa decidir que medicamento gostaria de utilizar: efeitos adversos de cada possibilidade de medicamento (os principais), influência no peso, grau de possibilidade de hipoglicemia, capacidade de redução de hemoglobina glicada, planejamento da rotina diária de uso de cada medicamento, necessidade de medida diária de glicemia capilar e custo. Essa é uma forma de sistematizar as informações para apresentar à pessoa que deve participar da decisão.

1

Identificação dos métodos necessários para realização de intervenções:
b. Considerar as necessidades da pessoa que utiliza os medicamentos

Normalmente a pessoa que se apresenta para uma consulta farmacêutica traz consigo uma prescrição que pode conter medidas farmacológicas e não-farmacológicas. Pode ter ou não utilizado medicamentos anteriormente, tendo uma experiência com seu uso ou obtido informações junto a familiares ou amigos. Não é uma tábua rasa, sem ideias ou concepções sobre o que está acontecendo e o que pode acontecer. Já deve ter constituído um arcabouço com suas ideias sobre sua doença, seu tratamento, acompanhado de **sentimentos** que se interpenetram com essas **ideias**, além de conhecer e ter uma impressão do que essa situação lhe traz de modificações ou não no viver, ou seja, em "**seu modo de funcionar**" e, com **expectativas** que já podem estar ou não estabelecidas ou que estão em consolidação. Essas dimensões são conhecidas pelo acrônimo SIFE, de sentimentos, ideias, funcionamento e expectativa.

Durante a anamnese essas dimensões devem ter sido investigadas, e muitas vezes, elas são apresentadas pela pessoa de forma natural. Para isso, quando da realização da anamnese o farmacêutico deve ter escutado ativamente (empatia) os relatos da pessoa entrevistada. Algumas informações deveriam ter sido registradas: Quais foram os sentimentos expressos pela pessoa durante a entrevista, especialmente os temores referentes a seu(s) problema(s) de saúde? Quais são as suas ideias sobre o que está errado? A doença não permite "funcionar" como gostaria? Ou é o uso do medicamento X que lhe afeta o viver? E, quais são as suas expectativas em relação ao tratamento que lhe foi prescrito, em relação ao médico ou médicos que estão lhe atendendo e em relação ao próprio profissional farmacêutico?

Existem pessoas que são extremamente comunicativas e facilitam a abordagem. Outras não o fazem, restando ao profissional tratar de buscar essas informações avaliando, por exemplo, se existem problemas em que a causa pode ser uma desmotivação para com o tratamento ou alguma barreira para relatar sentimentos, ideias, expectativas e dificuldades considerando experiências prévias com outros profissionais da saúde. Um bom acolhimento e uma escuta ativa são importantes para que esses elementos venham a ser abordados. O planejamento incorpora o relatado pela pessoa quanto a fatores que influenciam os esquemas terapêuticos (por exemplo, histórico de não adesão aos esquemas medicamentosos, experiência anterior com medicamentos prescritos e não prescritos, condições médicas concomitantes, outros esquemas medicamentosos), bem como a maneira pela qual os medicamentos influenciam as pessoas (por exemplo, efeitos adversos como sonolência ou tontura, custo da terapia).

Por outro lado, em algumas ocasiões o problema é cognitivo e as estratégias e intervenções devem ser revisadas metodologicamente, pois podem não ser adequadas para pessoas com cognição comprometida. Uma condição que leva a problemas com a farmacoterapia é a chamada síndrome de *burnout* ou síndrome do esgotamento, devido ao esgotamento físico e mental da pessoa decorrente de suas atividades profissionais. Esse quadro pode levar à necessidade de uma abordagem personalizada especial, pois as metodologias propostas podem não ser adequadas para o modo de vida da pessoa.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

2

Avaliação dos problemas e dos métodos a serem utilizados
a. Priorizar os problemas detectados

Após a realização dos passos anteriores o farmacêutico deve avaliar qual problema deve ser abordado primeiramente e assim por diante. Para isso deve levar em consideração os seguintes fatores em sua avaliação:

O problema é agudo? O problema agudo é aquele que tem início repentino, piora rapidamente e segue um curso breve. Pode ou não ser fatal, mas o tempo é essencial e o farmacêutico deve resolver esse problema rapidamente. Por exemplo, uma crise de enxaqueca é um problema agudo, pois tem início rápido e pioram os sintomas, segue um curso relativamente breve. Não é fatal, mas pode ser devastador para a pessoa, impedindo-a de realizar todas suas tarefas e com grande sofrimento. Urge resolver o problema.

O problema é grave? Um problema grave é aquele que não é trivial. Pode até ser uma ameaça à vida. No entanto, geralmente há tempo disponível para resolver o problema e ele não precisa, necessariamente, ser tratado imediatamente. Por exemplo, a pessoa vem para atendimento e ao avaliar seus exames constata-se que sua Hemoglobina Glicada está em 11,9 %. É uma situação grave, mas que pode ser resolvida com algum tempo.

O problema é agudo e grave? A pessoa apresenta-se na consulta e relata que está se sentindo mal e que tomou um medicamento faz pouco tempo – captopril. Relata também que está sentindo um formigamento na língua e está com um falar arrastado. Inicia um angioedema que repercute na língua, laringe e glote. Trata-se de uma reação adversa grave e aguda que pode levar à obstrução das vias respiratórias e ser fatal. A intervenção deve ser imediata. Outro exemplo é a pessoa possuir um problema crônico, grave e que agudiza, hipertensão de difícil controle que origina uma crise hipertensiva.

Priorização: Segundo Rovers[1] a priorização de atendimento é: Prioridade I quando o problema é agudo e grave, Prioridade II quando o problema é agudo, Prioridade III, nos casos de problema grave. Os outros problemas, geralmente, são de baixa prioridade, sendo a prioridade de nível IV. É fator essencial a apresentação pelo farmacêutico das causas da priorização segundo sua avaliação profissional, relatando os riscos de não tratar e qual(is) a(s) estratégia(s) que se podem utilizar e como a(s) intervenção(ões) deverão ser realizadas.

Qual a percepção do paciente quanto à gravidade e a urgência do problema? As percepções do paciente sobre a gravidade e o caráter agudo dos problemas são levadas em consideração ao desenvolver planos de cuidados para um paciente com vários problemas de prioridade II ou III. No caso de o paciente ter vários problemas de baixa prioridade, eles geralmente podem ser resolvidos de acordo com a preferência do paciente. No caso de prioridade I o farmacêutico deve apresentar as possibilidades de complicações e explicar o risco que a pessoa corre se não houver uma intervenção urgente.

Existe potencial para o problema ser resolvido pelo farmacêutico? Uma questão-chave a ser considerada é se um problema é passível de intervenção por um farmacêutico, usando as ferramentas que o mesmo tem disponíveis. Se a resposta for negativa a prioridade para o farmacêutico é baixa. Entretanto, esse problema pode ter prioridade alta para a pessoa ou para outro profissional da saúde, e o farmacêutico deve avaliar esse problema com a perspectiva de referenciar para outro profissional da saúde.

É adequado o farmacêutico abordar o problema como está propondo? O profissional pode desenvolver seu plano fundamentado na Avaliação Global tendo como foco os problemas relacionados com a farmacoterapia. É necessário que o profissional atente para algumas pistas que podem ter sido apresentadas, e, que aparentemente não são importantes. Por exemplo, uma “queixa” de que não trabalha bem “quando a pressão baixa demais” ou “a glicose está muito baixa e eu fico ruim”. Essas questões devem ser exploradas quanto ao funcionamento da pessoa. Será que a mesma não está ajustando as doses quando pensa que a PA está muito baixa? Será que a pessoa não está relatando uma experiência mal resolvida de uma hipoglicemia após o uso de um medicamento ou não observação dos horários de sua dieta? E o medo de que outro episódio lhe aconteça leva a não controlar corretamente seus níveis glicêmicos?

Em outras situações pode ocorrer uma fala como “O médico me mandou aqui para falar com você porque ele não acredita que eu tomo os remédios!!”. Ou ainda, “todo mundo na família sempre teve a pressão alta assim.”, com uma expressão não-verbal de que “nunca aconteceu nada de ruim com elas”. Talvez aqui o planejamento seja melhorar a relação médico-paciente...

Falas como as exemplificadas ou informações aparentemente inocentes devem ser avaliadas e levadas em consideração durante o planejamento do cuidado. Se não forem observadas a proposta de plano apresentada pode não ter eco nas necessidades reais da pessoa usuária de medicamentos.

Por outro lado, deve ficar claro como é a rotina da pessoa, o contexto em que vive, se reside com a família, se existe cuidador e como é o apoio que recebe, como é o emprego, a comunidade onde reside, as condições socioeconômicas, culturais e outros fatores ligados aos determinantes sociais da saúde. De certa forma vai além dos determinantes sociais da saúde, pois está relacionada com a forma de viver da pessoa no contexto proximal e no distal. Se a proposta de plano não observa essas variáveis sua tendência é não ser adequada para a realidade do usuário de medicamentos.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

2

Avaliação dos problemas e dos métodos a serem utilizados
b. Priorização por demanda do paciente durante a anamnese

Muitas vezes, durante a entrevista, a pessoa já relata espontaneamente qual é seu problema. Por exemplo, expõe uma ideia sobre o que considera como errado “Eu não sei para que tomar todos esses medicamentos! Eu só tenho uma doença e o médico me receitou tudo isso aí!!!”.

Existem três possibilidades de abordagem:

1. Ignorar a fala, caso o modelo seja o de identificação de PRFs e sua resolução;

2. Registrar a fala e tratar disso posteriormente, quando do planejamento do cuidado, e comunicando para a pessoa que mais tarde o assunto será tratado;

3. Interromper a coleta de dados e tratar de atender à necessidade apresentada pelo usuário de medicamentos.

A aparente quebra da consulta inicial para tentar sanar as dúvidas pode ter um efeito de construção e formação de um vínculo que ajuda no desenvolvimento de um acordo futuro. Pode-se, por exemplo, perguntar: "Desculpe, me parece que o senhor gostaria de entender porque utiliza mais de um medicamento para a pressão alta. É isso? Gostaria que eu lhe explicasse o que eu conheço do assunto?". Caso a pessoa responda afirmativamente a explicação deve ser adequada ao nível escolar e cultural da mesma como já tratado durante as aulas anteriores.

Após a explicação de como a doença se apresenta e a causa do uso de mais de um medicamento com mecanismos diferentes, deve-se verificar se a pessoa compreendeu corretamente o que foi lhe informado. Por outro lado, abriu-se a possibilidade de dar prosseguimento à anamnese de uma outra forma. Pois se a pessoa não tinha conhecimento de "por que utilizar a associação de medicamentos para uma única doença", como ela procedia então? "Bem, é difícil para uma pessoa tomar medicamentos se não lhe explicaram bem para que tomar, não é mesmo? O senhor poderia me dizer como o senhor toma os medicamentos para a pressão? Mas veja, é importante que me diga o que realmente faz, pois, tomar todos juntos ou não tomar diariamente pode dar problemas. Eu estou aqui para lhe ajudar a que tenha o melhor efeito com os medicamentos".

Deve-se incentivar a resposta correta e mostrar que a mesma é importante, pois se a pessoa nunca utilizou toda uma associação de anti-hipertensivos pode chegar a ter um quadro de hipotensão se utilizá-los. Muitas vezes a resposta após nossa explicação é: "Agora eu entendi porque tenho que tomar todos esses medicamentos!". E toma à atitude de aderir totalmente a prescrição tendo então problemas de hipotensão. Portanto, nessa situação um plano de cuidado, ou parte dele, já deve ser acordado com a pessoa.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

3

Escolha dos métodos necessários para realização de intervenções:
a. Priorizar os problemas detectados

David Sackett[17] ao discutir o que é medicina baseada em evidências afirma que a tomada de decisão clínica é a integração de três elementos: as melhores evidências clínicas disponíveis no momento, com a *expertise* clínica do médico e os valores do paciente. Também se posiciona ao afirmar que não existe uma medicina de "livro de receitas", mas uma medicina em que o médico, com sua experiência clínica deve tomar as decisões segundo os valores e a situação clínica do paciente.

Com o desenvolvimento do conhecimento sobre o uso de medicamentos por pessoas evidenciou-se que a tomada de decisão compartilhada é um componente essencial dos cuidados de saúde centrados no paciente. É um processo no qual profissionais da saúde e pacientes trabalham juntos para tomar decisões e selecionar testes, tratamentos e planos de cuidado com base em evidências clínicas que equilibram riscos e benefícios (resultados esperados) com as preferências e valores da pessoa, em nosso caso, usuária de medicamentos.

A tomada de decisão compartilhada propicia um acordo que é estabelecido em uma base comum entre as perspectivas dos profissionais da saúde e a da pessoa atendida. Esse é o principal elemento para que ocorra um desfecho clínico favorável. A saúde baseada em evidências ajuda os profissionais na determinação de que estratégias e intervenções são apropriadas para uma determinada situação clínica, não substituindo a avaliação ou a intuição clínica que surge como resultado da interação entre uma pessoa e o(s) profissional(is) da saúde. Portanto, o método clínico centrado na pessoa incorpora os conhecimentos da saúde baseada em evidências, mas a utiliza segundo as possibilidades de um acordo com o usuário, procurando tornar o plano factível dentro do contexto em que se trabalha e vive (profissionais da saúde e pessoa usuária de medicamentos).

Para aplicar esses princípios o farmacêutico, após haver priorizado os problemas a serem solucionados, bem como estabelecido quais estratégias metodológicas e intervenções podem ser utilizadas, deve apresentar a proposta de plano para o usuário de medicamentos.

Os passos a serem realizados são:

1

Explique para a pessoa que gostaria de apresentar um plano de cuidado para resolver os problemas detectados e que existem opções de intervenções. Explicite se existe uma priorização que como profissional farmacêutico identificou e o porquê da mesma. Relate que vocês em conjunto podem buscar um acordo sobre qual a melhor opção para resolver o problema.

2

Na apresentação da proposta de plano aproveite para relatar adequadamente o problema de saúde, qual é o objetivo do tratamento, qual a meta pretendida e como realizar sua medição, quais são as estratégias possíveis e as intervenções pertinentes, o que monitorizar e como monitorizar. Saliente as estratégias/intervenções que são comuns a mais de um agravo de saúde. Por exemplo, em um paciente com hipertensão e diabetes o controle de peso, atividade física, dieta adequada e a diminuição da ingesta de álcool possuem efeitos benéficos nos dois agravos.

3

Mostre claramente as evidências disponíveis que sustentam as opções apresentadas, seus prós e contras. Se existirem informações sobre o tamanho do efeito de cada opção essas também devem ser relatadas. Por exemplo, as estratégias a seguir ajudam no controle da hipertensão, mas seus efeitos são diferentes e pode-se apresentar para a pessoa:

i. Controle de peso: 20 a 30% de diminuição de PA para cada 5% de perda ponderal;

ii. Dieta apropriada tipo DASH: redução de 6,7/3,5mmHg;

iii. Redução do consumo de sódio: Redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 2,4 a 1,5 g sódio/dia, respectivamente.

4

Faça uma revisão para ver se a pessoa entendeu quais problemas existem e como podem ser solucionados. Deixe espaço para dúvidas. Tenha certeza de que ela compreendeu qual a priorização que existe ou se todos os problemas são de mesmo grau de prioridade. É importante que ela compreenda os prós e os contras de cada opção disponível.

5

Ajude a pessoa a avaliar as opções com base nos objetivos e preocupações da mesma. Para entender as preferências da pessoa pergunte o que é importante para ela e o que lhe preocupa. Se ela não compreendeu as opções verifique como foi realizada a comunicação. A linguagem foi adequada, as informações estão claras, é possível realizar alguma ponderação entre as propostas?

6

Facilite a deliberação e a tomada de decisões, informe que ela tem tempo para pensar sobre os fatos se achar necessário e o que mais ela precisa saber ou fazer para sentir-se em condições de tomar uma decisão.

7

Após a decisão ou decisões terem sido tomadas essas devem dar origem ao plano de cuidado, o qual deve ser devidamente registrado em prontuário. No registro do plano deve constar as próximas etapas que a pessoa deve realizar e quais o profissional farmacêutico é responsável. Verifique se a pessoa compreendeu o plano de cuidados acordado e discuta possíveis desafios com a execução da decisão. Peça para a pessoa anotar o que tem dúvidas. Caso seja iletrada, veja a possibilidade de fornecimento de documento adequado. Se a mesma possui aparelho celular com gravador você pode gravar o plano e demonstrar para ela como acessar a mensagem.

8

Forneça ao usuário de medicamentos cópia do plano acordado. Esse documento pode servir de elemento de consulta para poder recordar o que foi acordado. Em outro momento serve para consultar quais atividades deve fazer e como serão realizadas as medidas de sucesso terapêutico. Pode ajudar em identificar o que deve monitorizar e em que espaço de tempo. Algumas vezes as pessoas solicitam que os outros profissionais da saúde também registrem ali alterações que venham a ser realizadas.

Nenhuma causa identificada?

Algumas vezes a anamnese, os exames realizados, os dados do prontuário não deixam antever uma causa para a inefetividade de uma farmacoterapia. Essa situação pode ocorrer devido à pouca vontade inicial de uma pessoa de entabular um diálogo com um farmacêutico, algo que pode ser uma experiência muito nova para a mesma. A pessoa ainda não tem confiança e não quer comentar nada de sua experiência sobre o tratamento. É importante que a pessoa seja estimulada a relatar sua experiência com o uso de medicamentos. Caso não se obtenha nesse primeiro encontro alguma informação primordial, o farmacêutico deve procurar incentivar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, verificando o comportamento da pessoa. Por outro lado, deve pedir para que a pessoa anote suas dúvidas, que traga as mesmas na próxima consulta e que vai estudar o caso da pessoa, pois, às vezes, a situação não está clara e o estudo detalhado do prontuário pode ajudar na compreensão dos problemas da pessoa. Esse pode ser o plano possível nesse momento. O mais importante é a pessoa saber que terá seu caso estudado e que vamos preparar perguntas para serem realizadas para tentar buscar as causas de seu problema. Criar esse vínculo é muito importante.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Critérios mínimos de um plano de cuidado farmacêutico

É importante ter em mente que um plano de cuidado deve preencher alguns critérios mínimos para que o tornem mais propenso a atingir os objetivos programados[18]. O ideal é que antes mesmo de apresentar a proposta de plano esses critérios sejam avaliados:

Quadro 1. Critérios de um plano de cuidado farmacêutico[19]

Critério	Descrição
Acessibilidade	O plano que está sendo proposto leva em consideração a acessibilidade aos serviços? Por exemplo, quanto tempo levaria para a realização de uma consulta com uma nutricionista? Onde é realizada essa consulta, como a pessoa poderá acessá-la geograficamente? Fica longe do local de trabalho ou de moradia?
Exequibilidade	O plano proposto pode ser desenvolvido com os recursos disponíveis, no tempo aprazado? E se necessário, existem profissionais com as características e as habilidades necessárias para suporte a essas ações? A pessoa tem condições de executar o planejado?
Efetividade/ Custo-efetividade	Essas são as melhores evidências quanto à efetividade das intervenções? Qual o grau de evidência que está disponível? Deve-se aprofundar o estudo das evidências antes de propor uma intervenção? Quais os benefícios e quais os riscos? A intervenção pode ser considerada custo-efetiva? Quem vai arcar com o custo da intervenção? Não existem custos adicionais?
Aceitabilidade	As atividades propostas para a pessoa estão bem delineadas? As pessoas normalmente abandonam essas atividades porquê? Existe afeto ou apreço por parte da pessoa para a realização da atividade (lhe dá prazer ou diminui prazer)? Ela assume que gostaria de tentar essa tarefa? É possível realizar a tarefa segundo a capacidade cognitiva da pessoa? Quais as experiências da pessoa no campo cognitivo e qual a resposta emocional da pessoa sobre as intervenções a serem realizadas?
Segurança	O que essa intervenção pode ser de não segura para a pessoa? Existe a possibilidade de algum evento adverso? Se existe, como deve ser tratado e como a pessoa pode ser empoderada para identificar o mesmo e o que realizar? Que outros procedimentos de segurança devem ser realizados? No caso dos serviços farmacêuticos especial atenção deve ser realizada quanto aos erros de medicação
Equidade	Esse plano garante o mínimo de utilização de recursos e tratamento igual para alguém com necessidades iguais?

Fonte: Adaptado de Michie, Atkins e Gainforth[19].

Esperamos que você tenha compreendido todo o processo de cuidado que foi sendo desenvolvido ao longo do curso. E que para planejar um plano de cuidado uma série de etapas tiveram que ser realizadas, com habilidades, conhecimentos e atitudes específicas. Caso isso não ocorra o plano pode ser apenas notas no prontuário que o profissional farmacêutico registrou e que a pessoa que está sendo cuidada não aderiu, pois era o plano do farmacêutico e não o seu, ou melhor, o nosso. Pense nisso, e agora veja nas aulas seguintes os exemplos da aplicação desses princípios. E não se esqueça, você gostaria de ser tratado como? Com a outorga de um plano de cuidados ou participando na construção de seu cuidado quando estiver na condição de paciente? Boa reflexão!

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Referências

1. Rovers JP. Patient Care Plan Development. In: Rovers JP, Currie JD, Hagel HP, McDonough RP, Sobotka JL. A Practical Guide to Pharmaceutical Care. 2nd ed. Washington: APhA; 2003.

2. Murthy L, Shepperd S, Clarke MJ, Garner SE, Lavis JN, Perrier L, Roberts NW, Straus SE. Interventions to improve the use of systematic reviews in decision-making by health system managers, policy makers and clinicians. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9.

3. Oliboni LS, Castro MS. Adesão à Farmacoterapia: que universo é esse? Uma revisão narrativa. Clin Biomed Res. 2018; 38(2):178-95.

4. Oliboni LS, Castro MS. Métodos para aferira adesão à farmacoterapia em doenças crônicas: uma revisão narrativa. J Assis Farm Farmacoec. 2017; 2(4):16-28.

5. Castro MS, Simoni CR. Adesão a Medicamentos. In: Fuchs FD, Wannmacher L. (Organizadores). Farmacologia Clínica e Terapêutica. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.p.53-60.

6. Stewart M, Brown JB, W. Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

7. Al Mulley, Chris Trimble, Glyn Elwyn. Patients' preferences matter: Stop the silent misdiagnosis. London. The Kings Fund. 2012.

8. Angela Coulter, Alf Collins. Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me. London. The Kings Fund. 2011.

9. National Institute for Health and Care Excellence. Shared Decision Making. Key therapeutic topic (KTT23). UK. 2019. [acesso em 30 out 2019]. Disponível em: https://www.nice.org.uk/advice/ktt23.

10. The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC). Shared Decision Making. Fact Sheet. December 2013. USA HealthIT.gov. [acesso em 30 out 2019]. Disponível em: https://www.healthit.gov/sites/default/files/nlc_shared_decision_making_fact_sheet.pdf.

11. Hepler CD, Segal R. Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes through system management. Boca Raton(FL): CRC Press ;2003.

12. Tietze KJ. Clinical Skills for Pharmacists – a patient-focused approach.. St. Louis: Mosby; 1997.

13. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice: The Patient-Centered Approach to Medication Management Services, 3e. New York: McGraw Hill; 2012.

14. Dáder MJF, Muñoz PA, Martínez-Martínez F. Atenção Farmacêutica: Serviços farmacêuticos Orientados ao Paciente. São Paulo: RCN; 2019.

15. Agency for Healthcare Research and Quality. Develop a shared care plan. U.S. Department of Health & Human Services. [acesso em 02 nov. 2020]. Disponível em: https://integrationacademy.ahrqdev.org/products/playbook/develop-shared-care-plan.

16. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012 Oct;27(10):1361-7. Epub 2012 May 23.

17. Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, and Haynes. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. London: Churchill Livingstone; 2000.

18. Cathal A. Cadogan, Cristín Ryan, Jill J. Francis, Gerard J. Gormley, Peter Passmore, Ngaire Kerse and Carmel M. Hughes. Development of an intervention to improve appropriate polypharmacy in older people in primary care using a theory-based method. BMC Health Services Research (2016) 16:661.

19. Michie S, Atkins L, Gainforth HL. Changing Behaviour to Improve Clinical Practice and Policy. In Dias PC, Gonçalves A, Azevedo A, Lobo F. Novos desafios, novas competências: Contributos atuais da psicologia. Braga: Axioma, 2016.

Autor

Mauro Silveira de Castro

Possui graduação em Curso de Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1978), graduação em Ênfase Em Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1978), mestrado em Farmacologia pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (1996) e doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004). Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Atenção Farmacêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção farmacêutica, adesão, educação de pacientes, uso racional de medicamentos e assistência farmacêutica.

Aula 21

Método clínico: plano de cuidado articulado com a equipe

Autor: Samuel Amano Maximo

Aula 21 - Método clínico: plano de cuidado articulado com a equipe

Ementa da aula

Esta aula aponta as estratégias e os instrumentos necessários à construção do plano de cuidado com a equipe de saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem

Propor e executar o atendimento compartilhado.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Na aula passada resgatamos o Método Clínico Centrado na Pessoa e a importância da construção de um plano de cuidado compartilhado com o paciente que considere suas preferências, hábitos, medos e desejos.

Nesta aula, abordamos as situações em que o plano de cuidado demanda articulação com os demais membros da equipe multiprofissional, destacando como as práticas colaborativas e o trabalho em equipe podem contribuir para melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Para tanto, resgataremos uma série de conceitos trabalhados em aulas anteriores com o objetivo de estabelecer o cuidado compartilhado.

Vamos lá!

Lembre-se!
O Cuidado Farmacêutico não deve se desenvolver de maneira isolada, mas de forma integrada com a equipe multiprofissional, de modo a promover uma abordagem integral e mais resolutiva.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A pluralidade e complexidade dos problemas de saúde que a Atenção Básica precisa resolver demanda formas mais adequadas de organização do cuidado em saúde. Nesse contexto, a equipe multiprofissional é fundamental para ampliar a efetividade dos serviços prestados e garantir a resolutividade e a integralidade do cuidado[1].

A colaboração interprofissional é um termo utilizado para descrever o desenvolvimento do trabalho em saúde a partir da interação entre profissionais de diferentes campos de conhecimento, contrapondo-se às formas hierarquizadas de trabalho em equipe. Tem como objetivo proporcionar atenção à saúde mais abrangente e resolutiva por meio do compartilhamento de saberes, práticas e gestão do cuidado horizontal entre as diferentes categorias profissionais, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada indivíduo[2].

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) estabelece o processo de trabalho em Equipe Multiprofissional[3]:

> *"Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção (PNAB, 2017)."*

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Além disso, legitima a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, reforçando a concepção de trabalho em equipe.

Desse modo, é imprescindível ao farmacêutico reconhecer a si mesmo e a outros colaboradores do processo de cuidado como membros de uma equipe, especialmente ao considerar o cuidado farmacêutico no contexto da Atenção Básica em Saúde.

Colaboração interprofissional e o apoio matricial

No Brasil, o modelo de colaboração interprofissional ganhou força na Atenção Básica com a oficialização da estratégia de apoio matricial como política e com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154/08[1].

O NASF foi criado com o objetivo de apoiar, ampliar e aperfeiçoar a gestão da saúde na Atenção Básica com o auxílio de uma equipe multiprofissional que atua em conjunto, compartilhando as práticas de saúde nos territórios[4].

Como vimos na *Aula 10 – Estratégia de comunicação entre farmacêutico e equipe de saúde*, do *Módulo 2**, a principal ferramenta utilizada para organizar o trabalho do NASF e estabelecer o cuidado colaborativo é o **apoio matricial** ou **matriciamento**, que constitui-se como uma nova proposta sobre como prover a colaboração interprofissional de modo a superar os modelos hierarquizados de regulação entre profissionais de diferentes núcleos de saber, os quais fragmentam o cuidado e comprometem a responsabilização clínica e sanitária do trabalho interprofissional[5,6].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 5* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*.
As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no *vol. 2* desta mesma coleção, *Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico*.

Para Campos[7], o apoio matricial em saúde apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico, oferecidas por uma retaguarda especializada (apoio) para as equipes de referência, de maneira que um profissional de determinado núcleo de saber auxilie profissionais com outras formações. Tal processo objetiva a ampliação da clínica com a agregação dialógica de várias especialidades para a construção compartilhada de projetos terapêuticos[1,7].

A dimensão assistencial é aquela que produz ação clínica direta para os usuários, enquanto a técnico-pedagógica produz ação de apoio educativo com as equipes e para estas.

Nesse sentido, o apoio matricial necessita de instrumentos de trabalho que privilegiem a comunicação transversal entre os profissionais e o aprendizado para lidar com as dinâmicas relacionais e os processos de interação com o outro[1,5].

Aprenda um pouco mais a respeito de apoio matricial lendo este artigo: Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007 fev; 23(2):399-407.

Você pode estar se perguntando: como colocar em prática esse tal de cuidado colaborativo? O que são equipes de referência? E o que tudo isso tem a ver com o Cuidado Farmacêutico?

A partir de agora vamos discutir a construção de um plano de cuidado, abordando estratégias e instrumentos da colaboração interprofissional.

Colaboração interprofissional com quem?

Conforme abordado na *Aula 2 – Cuidado em Saúde na Atenção Básica*, do *Módulo 1**, existem diferentes arranjos de equipes que atuam na Atenção Básica para garantir a coordenação do cuidado em compatibilidade com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita.

Que tal reler a *Aula 2*? Nesta, você poderá relembrar o conceito de coordenação do cuidado e as diferentes configurações de equipe de saúde.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 5* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde*.

Equipes de referência

A equipe de referência é um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que, tal como o apoio matricial, busca instituir a lógica de cogestão e das relações interprofissionais em que "pessoas se responsabilizam por pessoas", e não por atividades e procedimentos[8].

Sabe-se que os serviços de saúde muitas vezes veem o usuário de modo segmentado, não havendo quem junte as partes analisadas pelos distintos profissionais. Por esse motivo, a equipe de referência deve superar essa tendência[8].

No arranjo de equipe de referência, a definição de uma população adscrita possibilita a construção do vínculo e de uma relação terapêutica longitudinal, possibilitando à equipe conhecer a singularidade no modo de viver de cada usuário para melhor coordenação e condução dos casos[8].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

De acordo com a PNAB, as equipes de referência na Atenção Básica organizam-se da seguinte forma[3]:

1

Equipe de saúde da família (eSF)

Composição mínima: médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Composição complementar: Agente de Combate a Endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

2

Equipe da Atenção Básica (eAB)

Composição mínima: composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliar e/ou técnico de enfermagem.

Composição complementar: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Agente de Combate a Endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

É consenso na literatura e em documentos oficiais o reconhecimento do ACS como um trabalhador que possui um papel privilegiado no SUS, visto que ele é o profissional que mais convive e conhece as condições de vida da população, condição para pensar na perspectiva da integralidade e equidade, princípios norteadores da Atenção Básica.

Está prevista na PNAB a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) nas UBS que não contam com a Estratégia Saúde da Família como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica.

Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, sendo complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formado por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB)[3].

Com a publicação da PNAB, os NASF passam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Não há mudanças quanto às categorias profissionais, contudo abre-se a possibilidade de cobertura das chamadas unidades básicas tradicionais.

Possibilidades de composição do NASF-AB: 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), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente[3].

Os NASF não se estabelecem como serviços independentes ou especiais, de modo que seu acesso deve ser regulado pelas equipes da Atenção Básica e não ocorrer de maneira livre. Ressalta-se que dentro da dimensão assistencial está previsto ao NASF, de maneira pontual e com objetivos terapêuticos condizentes com as características da Atenção Básica, a realização de uma atenção específica individual para o usuário, quando identificada essa demanda na equipe de saúde[3].

Outros profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

> *Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um (PNAB, 2017).*

O conceito de apoio matricial estabelece também a possibilidade de realizar ações com outras equipes e serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou ainda com as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) do território para apoio no cuidado de pacientes restritos ao domicílio[9]. Exemplo disso são as ações de matriciamento realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Atualmente, o apoio matricial está incluído na proposta de organização das RAS por áreas temáticas implementada pelo Ministério da Saúde, com especial destaque para a saúde mental, pensada pela composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e à reabilitação, por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência[9].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Como estabelecer a colaboração interprofissional no plano de cuidado?

Apesar dos diferentes tipos de equipe, a pluralidade de categorias profissionais por si só não assegura a qualificação da assistência. Ao reconhecer essa estratégia como uma alternativa ao modelo biomédico, são necessárias novas configurações de trabalho com o propósito de potencializar a interação entre os profissionais e a articulação do cuidado em saúde[2].

Como citado no início desta aula, o cuidado colaborativo prevê ações de assistência direta aos usuários, realizadas de forma compartilhada entre os profissionais das equipes de referência e os profissionais de apoio, assim como pressupõe a troca de saberes para a qualificação da capacidade resolutiva dos profissionais e o aumento na abrangência de problemas a serem abordados pelas equipes de referência[7].

A implementação desta estratégia de cuidado depende do comprometimento de todos os profissionais envolvidos, incluindo os gestores locais.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Consultas e visitas domiciliares compartilhadas

As consultas e visitas domiciliares são apontadas como as atividades mais ricas dos cuidados compartilhados, pois permitem a real troca de experiências e transferências de saberes, uma vez que os profissionais envolvidos podem observar as atividades do outro e incorporá-las à sua prática[9].

Nestas ações, os profissionais envolvidos estabelecem um fluxo de diálogo que privilegia a colaboração e o aprendizado mútuo, em que os diferentes núcleos de conhecimento atuam de forma horizontal, sem atribuir uma hierarquia entre as falas, levando a um cuidado integral ao usuário[9].

É fundamental que as consultas e visitas domiciliares compartilhadas sejam planejadas e organizadas com os profissionais necessários para atender à demanda. Por isso, deve haver um objetivo comum de trabalho entre os profissionais envolvidos no atendimento, considerando, para além dos protocolos clínicos do núcleo específico de atuação de cada profissional, um foco único de intervenção[9].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Reuniões de equipe

As reuniões de equipe são espaços rotineiros de encontro entre equipe de referência e apoio, servindo para pactuar e negociar o processo de trabalho para gestão do cuidado. São espaços de diálogo, expressão de opiniões e elaboração de planos de atendimento compartilhados[9,10].

A discussão de casos na reunião de equipe é uma das formas mais comuns de matriciamento, e espera-se que nesse momento de discussão entre os vários profissionais de núcleos de saberes distintos construa-se uma compreensão do processo saúde-doença-cuidado, estabelecendo-se uma visão ampliada e integral da situação para construção de projetos terapêuticos[9,10].

A reunião de equipe NÃO é um espaço para que uma pessoa da equipe apenas distribua tarefas às outras. Uma reunião exige diálogo, e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião.

Os ACS exercem função primordial nesse fórum de discussão; por estarem inseridos no cotidiano das pessoas, eles são os principais responsáveis por trazerem novos casos a serem matriciados na reunião.

É muito importante que o farmacêutico reserve um horário em sua agenda para participar das reuniões de equipe e utilize esse espaço para aumentar a resolutividade do cuidado farmacêutico.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O **Projeto Terapêutico Singular** (PTS) é a soma de diferentes propostas de condutas terapêuticas articuladas para uma pessoa, família ou território, resultado da discussão coletiva entre uma equipe interdisciplinar[9,10].

Esta ferramenta de cogestão e compartilhamento do cuidado é dedicada às situações mais complexas, buscando superar a tendência de igualar as situações ou sujeitos a partir de diagnósticos firmados. Por isso, é necessário que os profissionais trabalhem os limites dos diversos saberes estruturados diante da singularidade e dos desejos dos sujeitos[9,10].

A construção de PTS faz parte das ferramentas de matriciamento, envolvendo todos os integrantes da equipe em uma estratégia coordenada de atuação terapêutica, desenvolvida em quatro etapas: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação[4].

Apresentamos aqui uma proposta de roteiro para nortear as discussões, em reuniões de equipe, com o objetivo de construir um PTS:

1

DIAGNÓSTICO: Avaliação de aspectos orgânicos, psicológicos e sociais que possibilitam identificar fatores de risco, vulnerabilidades e potencialidades para a produção do cuidado. Estabelecer um consenso sobre quais os problemas mais relevantes do ponto de vista da equipe e do sujeito/família.

a) Queixa principal (biológica, psicológica e social).

b) Histórico familiar e necessidades que a equipe identifica na família (considerar o uso de Ecomapa e Genograma*).

c) Fatores de risco, vulnerabilidades e potencialidades identificadas (no caso de um PTS direcionado para uma família, pode-se considerar o escore da Escala de Coelho**).

d) Elencar quais são os diversos problemas observados e na sequência estabelecer uma escala de prioridade para considerá-los.

e) Histórico de ações realizadas (considerar os investimentos já realizados pela equipe e por outros serviços da rede).

f) Principais dificuldades da equipe para lidar com o caso.

2

DEFINIÇÃO DE METAS: objetivos de curto, médio e longo prazo que serão pactuados com o sujeito/família.

g) Principais ações a serem desenvolvidas pela equipe (de acordo com a ordem de prioridades).

h) Objetivos a serem alcançados em curto, médio e longo prazo.

* Ecomapa e genograma: instrumentos de avaliação familiar que se utilizam da representação gráfica. Foram abordados na Aula 2 – Cuidado na Atenção Básica, mas segue aqui uma sugestão de leitura para aprofundar os conhecimentos sobre o tema: Muniz, José Roberto, & Eisenstein, Evelyn. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009; 33(1):72-9. https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000100010.

** Escala de Coelho: A escala de risco familiar de Coelho-Savassi foi desenvolvida no município de Contagem (MG) com objetivo de sistematizar e orientar as equipes, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), utilizando critérios simples que são avaliados no primeiro contato com a família a partir do preenchimento da ficha A do SIAB. Aprenda mais em: Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2004: 1(2):19-26. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/104/98.

3

DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES: Definição clara das tarefas e responsabilidades de cada um dos envolvidos, inclusive do sujeito em questão. Identificar um profissional para exercer o papel de referência para o sujeito, de preferência o membro da equipe com quem tiver melhor vínculo.

i) Profissionais que irão participar do PTS - ação, como e quando executá-la.

4

REAVALIAÇÃO: Momento para discussão da evolução e acordo de correções, se necessário.

j) Data da próxima discussão e avaliação.

k) Principais resolutividades.

l) Necessidade de articulação com rede do território.

O termo "Projeto Terapêutico Singular", em vez de "Projeto Terapêutico Individual", como também é conhecido, é mais adequado por dois motivos: por sugerir que o PTS pode ser realizado para coletivos, e não apenas para indivíduos, e por salientar a singularidade como seu elemento central.

O PTS é uma forma de trabalho fundamental para a equipe, portanto deve-se garantir condições para sua efetivação a partir de um processo de trabalho organizado e de apoio institucional para priorizar o espaço de discussão.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Encontros e fóruns de rede

Outra estratégia de matriciamento acontece nos encontros e fóruns de rede, como os de saúde mental e serviços de reabilitação, espaços estes que funcionam como parcerias entre os diferentes serviços para discussões de casos específicos. Além de promover uma melhora nos fluxos de encaminhamento, as equipes recebem apoio destes equipamentos para a atuação nos casos[9].

Atividades complementares

Ações que permitem ampliar o olhar e as possibilidades de atividades a serem ofertadas.

Grupos

O trabalho de grupos é uma estratégia de ação coletiva para promover a educação em saúde em um espaço que favoreça o aprimoramento de todos os envolvidos por meio da valorização dos diversos saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença de cada pessoa[11].

O trabalho com grupos na atenção básica estabelece-se a partir de programas ligados às ações de promoção da saúde e prevenção da doença e seus agravos, permeando as atividades que os profissionais de saúde realizam no âmbito das unidades, no domicílio e nos espaços comunitários. Bons resultados nesse campo vão contribuir para diminuir as demandas dos usuários nas unidades de saúde, proporcionando-lhes maior satisfação com o autocuidado, uma vez que as ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde. Essas ações ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável[11].

É importante que os profissionais de saúde saibam identificar quais problemas necessitam de um trabalho com grupos. O sujeito portador de necessidades é sempre biológico, social e subjetivo, além de histórico; por isso, a avaliação não deve ser somente epidemiológica, mas também social e subjetiva. As situações nas quais a estratégia do cuidado coletivo se aplica são aquelas que exigem uma participação ativa do sujeito, possibilitando a transformação de suas atitudes, conhecimentos e habilidades para lidar com os próprios problemas de saúde[11].

O que é um grupo?
Mais do que um somatório de pessoas, um grupo define-se como uma unidade de mecanismos próprios, onde cada participante tem direito ao exercício da fala, de sua opinião, de seu ponto de vista e de seu silêncio. Cada um possui sua identidade, diferente dos outros, mesmo com objetivo grupal comum[11].

Educação permanente

Ainda que a todo momento estejamos conceituando as ações compartilhadas como espaços privilegiados de troca de saberes, as atividades de educação permanente podem e devem compor os cuidados colaborativos. Isso porque as equipes podem apresentar necessidades que exijam de outras formas de capacitação[9].

Os espaços de educação permanente devem estar previstos no planejamento das equipes, seja em momentos específicos para capacitação ou mesmo durante a reunião de equipe, com a discussão de um texto ou tema escolhido[9].

Aplicando o conhecimento: o caso de Dona Maria José da Silva

Agora que já exploramos o conceito de colaboração interprofissional e as possibilidades de construção de um plano de cuidado articulado com a equipe, vamos colocar em prática o que aprendemos até aqui.

Para isso, vamos relembrar do caso da Dona Maria José da Silva. Esse caso foi trabalhado na *Aula 19, do Módulo 4**, que abordava a identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia.

Vamos resgatar esse caso utilizando o registro SOAP que a farmacêutica Ana descreveu no prontuário, com exceção da construção do plano de cuidado, que será nossa tarefa aqui.

Antecedentes:

MJS, mulher, 50 anos, bancária, casada, dois filhos que moram com ela e o esposo. Diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2 há um ano e hipertensão arterial sistêmica há seis meses. Prescrição diária de metformina 850 mg (0 – 1 – 0) e captopril 25 mg (1 – 0 – 1).

Dados subjetivos:

Relata fazer caminhadas todos os dias por cerca de 40 minutos, alimentação regrada com baixa ingesta de sal, açúcar e carboidratos, consome duas taças de vinho por mês. Nega tabagismo.

Em relação ao uso de seus medicamentos, refere utilizar diariamente 1 comprimido de metformina 850 mg logo após o almoço (0 – 1 – 0) e 2 comprimidos de captopril 25 mg (1 – 0 – 1) em dias alternados, devido à presença de tosse seca após início de uso deste medicamento. Afirma que retira todos os seus medicamentos mensalmente na farmácia da unidade de saúde e que neste momento possui uma sobra apenas do captopril 25 mg. Relata não utilizar outros medicamentos. Apresenta agendamento de consulta médica para quatro meses a partir da data de hoje.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 5* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 4* podem ser acessadas no *vol. 4* desta mesma coleção, *Método clínico: avaliação e identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia*.

MJS, recebendo orientações farmacêuticas

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Dados objetivos:

Na consulta: PA: 150/95 mmHg; glicemia capilar pós-prandial: 230 mg/dL; altura: 1,69 m, peso: 78 kg. IMC: 27,3 (sobrepeso).

Resultados de exames laboratoriais realizados há 60 dias: glicemia de jejum: 250 mg/dL; hemoglobina glicada: 9,2%; perfil lipídico: CT: 290 mg/dL; LDL: 188 mg/dL; HDL: 46 mg/dL; Triglicerídeos: 165 mg/dL.

Avaliação (lista de problemas):

Tratamento não efetivo do diabetes mellitus tipo 2, valores de hemoglobina glicada, glicemia de jejum e glicemia capilar pós-prandial fora das metas terapêuticas. Após excluída a possibilidade de não adesão foi identificado um problema relacionado à farmacoterapia de efetividade: o medicamento metformina 850 mg, prescrito na posologia de 1 comprimido logo após o almoço, não está sendo efetivo.

Reação adversa (tosse) ao medicamento captopril 25 mg, prescrito na posologia de 1 comprimido a cada 12h, implicando em não adesão ao tratamento.

Condição clínica sem tratamento: perfil lipídico da paciente indica necessidade de tratamento farmacológico.

Plano:

Agora iremos elaborar o plano de cuidado junto com a farmacêutica Ana, mas antes é preciso resgatar o conceito de plano de cuidado farmacêutico, explorado na aula anterior:

> *O plano de cuidado farmacêutico (PCF) é um processo de tomada de decisões construído entre o usuário de medicamentos e o farmacêutico. Caso seja necessário, o plano deve ser estabelecido também em conjunto com profissionais de especialidades relacionadas ao tipo de intervenção proposta ou mesmo com a equipe de saúde, quando aprouver.*

No caso de Dona Maria José, você acha que seria importante buscar o cuidado colaborativo com alguma das equipes que foram abordadas durante a aula?

Foram identificados três problemas relacionados à farmacoterapia (PRF):

PRF de efetividade: o medicamento metformina 850 mg, prescrito na posologia de 1 comprimido logo após o almoço, não está sendo efetivo no tratamento da diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

PRF de segurança: o medicamento captopril 25 mg, prescrito na posologia de 1 comprimido a cada 12 horas, não está sendo seguro para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

PRF de necessidade/indicação: condição clínica sem tratamento, perfil lipídico da paciente indica necessidade de tratamento farmacológico.

O profissional farmacêutico não possui autonomia para realizar modificações na farmacoterapia do paciente sem consultar o prescritor, a não ser que estas sejam necessárias para preservação da vida do paciente ou prevenção de dano considerado grave (justificativa ética). Neste sentido, para resolver os PRF identificados no caso de Dona Maria José, é fundamental compartilhar a construção deste plano de cuidado com o médico da equipe de referência.

Ao buscar estabelecer este cuidado compartilhado, a farmacêutica Ana poderia realizar algumas sugestões para solução dos PRF identificados:

PRF de efetividade

De acordo com as diretrizes mais atuais da sociedade brasileira de diabetes, o medicamento metformina 850 mg é apontado como o fármaco de escolha em pacientes DM2 com sobrepeso. Como não houve efeitos adversos a este medicamento, a farmacêutica Ana poderia sugerir o aumento da dose diária de metformina.

PRF de segurança

De acordo com a sétima diretriz brasileira de hipertensão arterial, os bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA), assim como os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), são considerados preferenciais para o controle da pressão arterial em monoterapia. Contudo, existem evidências que os BRA causam menos tosse que os IECA. Deste modo, a farmacêutica Ana poderia sugerir a troca do captopril pela losartana 50 mg na posologia de 1 comprimido ao dia.

PRF de necessidade/indicação

Considerando que os protocolos terapêuticos destacam a necessidade/indicação de um tratamento farmacológico para facilitar o controle do perfil lipídico, a farmacêutica poderia sugerir a adição de uma estatina à farmacoterapia da paciente.

Como a farmacêutica Ana poderia estabelecer esta colaboração interprofissional com o médico? Quais estratégias, dispositivos e ferramentas ela poderia utilizar para buscar o cuidado compartilhado? E quais seriam as mais efetivas de acordo com a modalidade de serviço em que a farmacêutica está inserida?

Antes de continuarmos...

Apesar do sobrepeso e do perfil lipídico fora das metas terapêuticas, Dona Maria José relatou uma rotina com hábitos de vida saudáveis (caminhadas e uma alimentação controlada). Ao considerarmos as condições crônicas, em especial a hipertensão e a diabetes, como condições intrinsecamente ligadas aos hábitos de vida da pessoa e suas escolhas, a atuação apenas na dimensão biológica, apoiada no tratamento medicamentoso exclusivo, é sabidamente insuficiente.

Neste sentido, a farmacêutica Ana, caso identifique a necessidade nas consultas seguintes, pode buscar matriciamento com o NASF-AB para intervenções de mudanças no estilo de vida (MEV) de Dona Maria José.

Ana dispõe de uma série de opções para estabelecer esta colaboração interprofissional: reunião de equipe, PTS, consultas e visitas domiciliares compartilhadas.

De quais destas estratégias de colaboração interprofissional você faria uso?

Não existe apenas uma resposta correta! Neste caso, Ana decidiu encaminhar a paciente para uma consulta com o médico em uma data na qual ela pudesse participar e realizar uma consulta compartilhada. Com base nos resultados dos exames laboratoriais e valores pressóricos, não seria possível aguardar os quatro meses que faltavam para a consulta já programada.

Deste modo, ela ocupou uma vaga de encaixe e programou-se para participar da reunião de equipe antes da data da consulta para discutir o caso, expondo suas sugestões.

O **plano de cuidado** de Dona Maria José, estabelecido durante a consulta farmacêutica e registrado em prontuário, ficou desta maneira:

Foram realizadas as seguintes intervenções farmacêuticas:

- Encaminhamento para uma consulta compartilhada entre médico e farmacêutico, no dia 26/11/19 às 9h, para avaliar o aumento da dose diária de metformina, substituição do captopril por losartana e adição de estatina na farmacoterapia para controle do perfil lipídico;
- Realizo orientações gerais quanto a hábitos saudáveis e reforço a importância de uma alimentação adequada e equilibrada;
- Solicito monitoramento de pressão arterial e glicemia capilar duas vezes ao dia até a data da consulta;
- Levo este caso para discussão na próxima reunião de equipe.

E se o cenário fosse outro? Por exemplo, em uma UBS onde a rotina de plantões e agendas sempre cheias não permitisse o contato imediato com o médico. Na *Aula 10 – Estratégias de comunicação entre farmacêutico e equipe de saúde*, vocês aprenderam estratégias para estabelecer o contato a distância entre farmacêutico e equipe de saúde, aproveite para reler essa aula.

Conclusões

A complexidade da Atenção Básica prova diariamente que precisamos enxergar para além da rotina em nossa maneira de cuidar. A colaboração interprofissional permite que migremos de uma perspectiva parcial para uma clínica ampliada, evitando a fragmentação da atenção, a medicalização e iatrogenias provocadas pela prescrição de uma pluralidade de tratamentos desconexos.

O plano de cuidado articulado com a equipe busca construir dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e estimular a articulação entre os profissionais na elaboração de ofertas para cada situação singular, evitando excessivos encaminhamentos às especialidades e otimizando a regulação da RAS.

É necessário avançarmos na perspectiva da colaboração interprofissional, propondo um modelo que almeja a democratização das relações interprofissionais, e que estas possam ser verdadeiramente colaborativas e horizontais. A partir disso, abre-se espaço para o novo e para o singular.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Síntese da Aula

Nesta aula tratamos do plano de cuidado articulado com a equipe por meio da colaboração interprofissional e de sua importância para garantir os princípios e diretrizes do SUS, como integralidade e resolutividade.

Abordamos os diferentes arranjos de equipes de referência e apoio, assim como os principais dispositivos, estratégias e instrumentos para que o farmacêutico possa estabelecer o cuidado compartilhado.

Referências

1. Matuda CG, Aguiar DM de L, Frazão P. Cooperação interprofissional e a reforma sanitária no Brasil: Implicações para o modelo de atenção à saúde. Saude Soc. 2013; 22(1):173-86.

2. Matuda CG, Pinto NR da S, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: Implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Cienc Saude Coletiva. 2015; 20(8):2511–21.

3. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional Atenção Básica. 2017;1-32.

4. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF. Cad atenção básica [Internet]. 2009;27. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs.

5. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira N, de Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface Comun Saude Educ. 2014; 18(supl 1):983-95.

6. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. Physis. 2018; 28(3):1-20.

7. Campos GWDS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar. Cad Saude Publica. 2007; 23(2):399-407.

8. Cunha GT, Campos GW de S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saude Soc. 2011; 20(4):961-70.

9. Santos MLM, Kodjaoglanian VL, Ferrari FP. O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes - Edição Temática NASF. Porto Alegre: Rede Unida; 2016.

10. Brasil, Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

11. Dias VP, Silveira DT, Witt RR. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. Rev APS. 2009; 12(2):221-7.

Autor

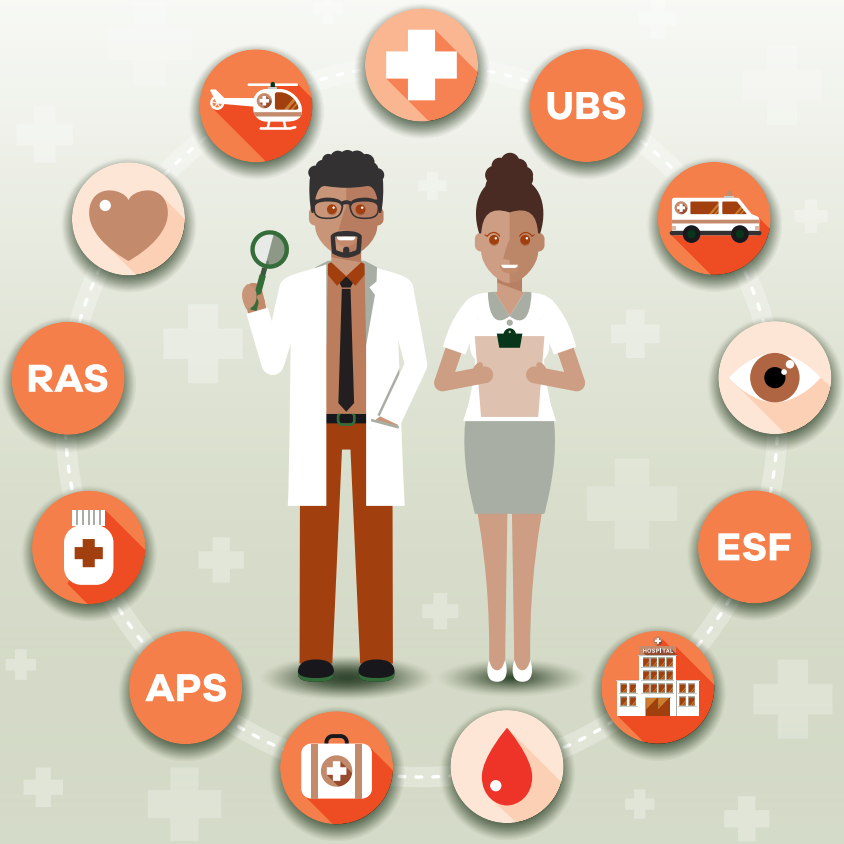
Samuel Amano Maximo

Mestre pelo programa de Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica pela Universidade Nove de Julho (2015). Graduação em Farmácia pela Universidade de Mogi das Cruzes (2005). Atualmente é assessor técnico na Organização Social de Saúde Santa Marcelina, atua também como preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Faculdade Santa Marcelina. Possui experiência na área de Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica e Cuidado Farmacêutico.

Aula 22

Método clínico: plano de cuidado articulado com os serviços

Autor: Samuel Amano Maximo


UBS
ESF
APS
RAS

Aula 22 - Método clínico: plano de cuidado articulado com os serviços

Ementa da aula

Esta aula aborda os instrumentos necessários ao processo de encaminhamento no cuidado intersetorial.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem

Propor a construção conjunta do plano de cuidado com os serviços, executar o encaminhamento do cuidado e a adequada orientação do usuário nesse processo.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Na aula anterior discutimos o plano de cuidado articulado com a equipe através da colaboração interprofissional, assim como sua importância para garantir o seguimento de princípios e diretrizes do SUS, como integralidade e resolutividade.

Nesta aula continuaremos a discorrer sobre a elaboração do plano de cuidado e sobre a necessidade de este ser acordado entre paciente e farmacêutico, porém agora abordaremos a construção conjunta do plano de cuidado com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para isso vamos resgatar, ainda que de maneira breve, alguns conceitos discutidos anteriormente, os quais contribuirão para o processo de aprendizagem e facilitarão a reflexão a respeito do processo de encaminhamento do cuidado intersetorial.

Coordenação do cuidado pela Atenção Básica

Que Atenção Básica?

Como tratado ao longo deste curso, a Atenção Básica ocupa um papel-chave nos sistemas de saúde. Esse papel legitima-se através das evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior equidade no acesso aos serviços, maior efetividade no tratamento de condições crônicas, maior eficiência do cuidado[1].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A Atenção Básica apresenta duas vertentes distintas e interdependentes: é um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde e uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural[2].

A consolidação do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais[2].

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

> *[...] um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (Brasil, 2010)[3].*

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Barbara Starfield, por sua vez, define a Atenção Básica como:

> *[...] nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (p. 28)[4].*

A partir dessas definições emerge o conceito de um nível de atenção que esteja plenamente disponível e seja reconhecido como o ponto preferencial de acesso da população ao sistema de saúde. Além disso, assume cada vez mais o papel coordenativo, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção[3].

A coordenação dos cuidados pela Atenção Básica promove melhorias na qualidade da atenção à saúde, reduzindo barreiras de acesso a distintos níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde.

A atenção básica como estratégia só existe enquanto cumprir seus três papéis essenciais: a resolutividade, a coordenação e a responsabilização[5].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Nesse contexto, o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) apresenta-se como uma estratégia importante no processo de reorganização do sistema de saúde no que se refere a articulação, qualidade e impacto da atenção prestada[3].

A RAS é definida na Portaria GM/MS nº 4.279/2010 como:

> *[...] Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. [...] Fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção[3].*

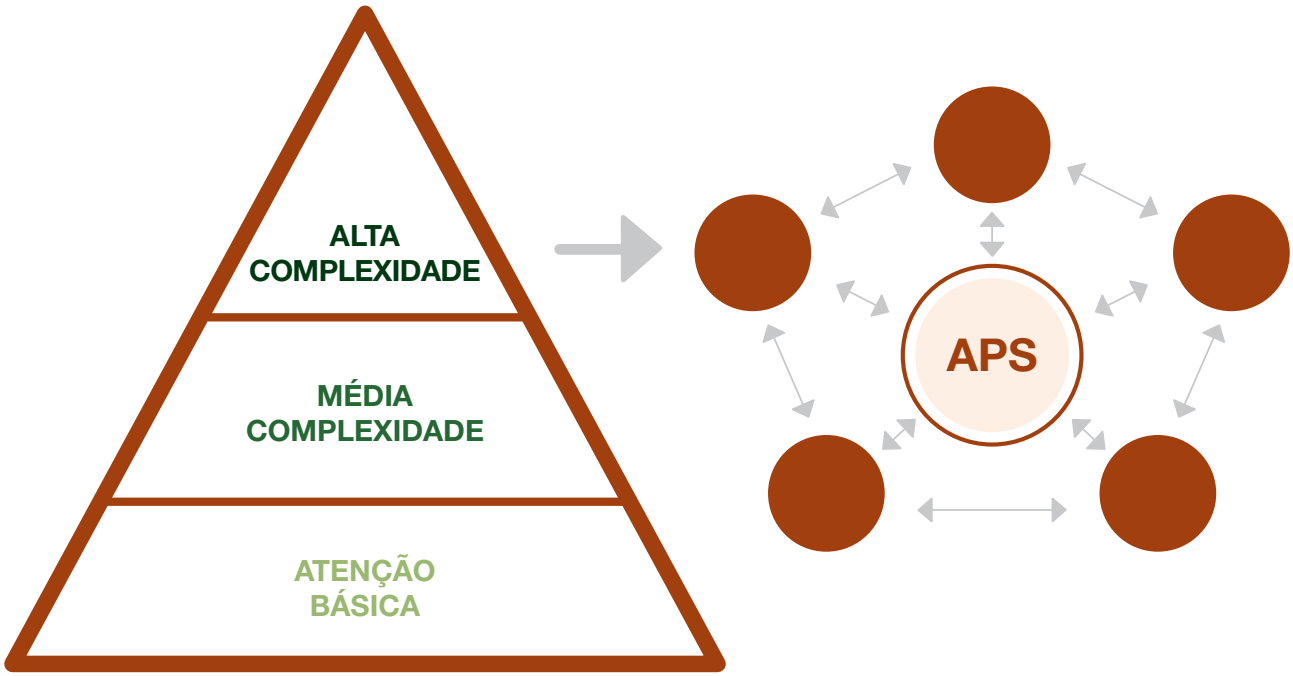
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde.

Sistema fragmentado	Rede de Atenção à Saúde
Organizado por componentes isolados	Organizado por um contínuo de atenção
Organizado por níveis hierárquicos	Organizado por uma rede poliárquica
Orientado para atenção a condições agudas	Orientado para a atenção a condições crônicas e agudas
Voltado para o indivíduo	Voltado para uma população
O sujeito é o paciente	O sujeito é agente de saúde
Reativo	Proativo
Ênfase em ações curativas	Atenção Integral
Cuidado profissional	Cuidado multiprofissional
Gestão da oferta	Gestão das necessidades
Financiamento por procedimentos	Financiamento por capitação

O modelo tecno-assistencial que compreende o sistema de saúde como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica em processos articulados de referência e contrarreferência, a despeito da justeza dos princípios que representa, é muito mais um desejo de técnicos e gestores do que uma realidade com a qual os usuários possam contar. Não obstante, na prática o sistema de saúde é mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas "portas de entrada" localizadas em vários pontos do sistema, e não mais em uma suposta "base", como prevê a atenção básica[6].

Figura 3. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde[5]



Fonte: Adaptado de CONASS[5].

Reveja as *Aulas 1 e 2, que compõem o Módulo 1** deste curso; nestas, você poderá relembrar o desafio da integração em redes e o conceito de coordenação do cuidado.

Elementos constitutivos da RAS

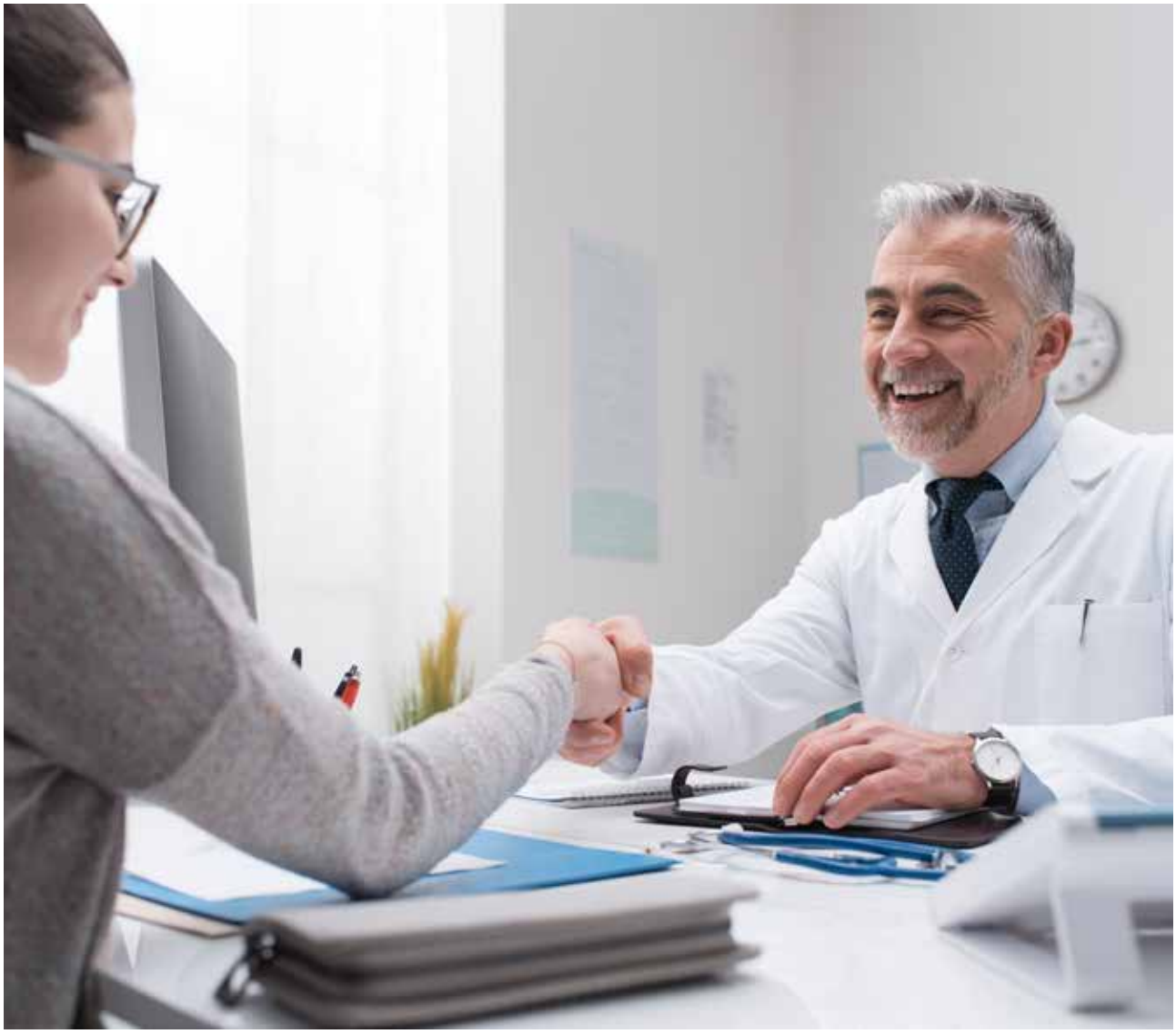
As RAS apresentam três elementos constitutivos, dos quais o primeiro é a população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. A gestão de base populacional é fundamental para romper com a gestão baseada na oferta e instituir a gestão com base nas necessidades da população[5].

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional, composta por cinco partes: o centro de comunicação; a atenção básica; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS[5].

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 5* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 1* podem ser acessadas no *vol. 1* desta mesma coleção, *O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde*.

O Caderno 1 do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica[7], do Ministério da Saúde, faz uma reflexão sobre o posicionamento da Assistência Farmacêutica dentro dos elementos constituintes da RAS, propondo que além do sistema de apoio, passe a compor também os pontos de atenção por meio dos serviços do Cuidado Farmacêutico.

Os modelos de atenção à saúde, terceiro elemento constitutivo da RAS, são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes, articulando as relações entre os componentes destas e as intervenções sanitárias[5].



Redes temáticas

Após a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de implantar cinco redes temáticas prioritárias nas regiões de saúde do país[5].

- Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011): consiste em uma rede de cuidados que visa implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

- Rede de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011): tem como diretrizes a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos encaminhados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção.

- Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011): consiste em uma rede de cuidados para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012): os objetivos dessa rede são ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua no âmbito do SUS.

- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014): são objetivos gerais dessa rede realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças/condições crônicas por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Aprenda mais a respeito de cada uma destas redes temáticas em:

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS; 2015.

Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Serviços de saúde

Para que o farmacêutico possa qualificar o cuidado integral aos usuários a partir de sua prática clínica, é fundamental que ele reconheça os recursos da RAS de seu território, mobilizando-se intra e interinstitucionalmente.

Alguns tipos de estabelecimentos de saúde possuem terminologias diferentes entre os municípios no país, por exemplo clínica/ambulatório especializado: Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR's); o Quarteirão de Saúde em Diadema, os AMES no Estado de São Paulo e os Centros Regionais de Especialidade de Belo Horizonte. Neste sentido, sempre que possível utiliza-

remos a tipologia catalogada e cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS/MS) ou a terminologia adotada nas portarias do Ministério da Saúde.

1

Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Unidade destinada à prestação de atendimentos de atenção básica e integral a uma determinada população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. É o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde[5].

2

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192[5].

3

Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

São unidades ambulatoriais de diagnóstico e orientação terapêutica de alta resolutividade em especialidades médicas, com ênfase nas necessidades da rede básica. Devem ofertar atendimento aos problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na rede básica devido à sua complexidade, mas que não precisam de internação hospitalar ou atendimento urgente[8].

São direcionados para a oferta de ações e serviços de saúde caracteristicamente demarcadas pela incorporação de tecnologias especializadas, englobando processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar[8].

A carteira básica geral de serviços é composta por[8]:

- consulta de atendimento especializado de suporte à rede básica de saúde;
- serviços de suporte diagnóstico para os pacientes atendidos;
- serviço de diagnóstico por imagem;
- serviço de análises clínicas;
- serviço de métodos diagnósticos de especialidades (incluindo endoscopias e métodos gráficos);
- linhas de cuidado de alta resolutividade, definidas para cada especialidade;
- cirurgia ambulatorial, em regime de hospital-dia ou não, com ou sem anestesia.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são um serviço que realiza atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Essas unidades prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário e são pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo constituídas por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica da interdisciplinariedade[5].

Os CAPS estão organizados nas modalidades[5]:

- CAPS I e II: atende pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes, assim como aquelas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.
- CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.
- CAPS i: atendimento direcionado a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas.
- CAPS AD: atende a adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário.
- CAPS AD III: atende a adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. É um serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

Serviço de Residência Terapêutica (SRT)

São moradias destinadas a cuidar de pacientes com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares, assim como acolher pacientes com transtornos mentais que estejam em situação de vulnerabilidade pessoal e social, como moradores de rua. Os Serviços de Residência Terapêutica (SRT) geralmente estão vinculadas a outro serviço de saúde mental do território, como o CAPS[5].

Centro Especializado em Reabilitação (CER)

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se como referência para a rede de atenção à saúde no território[5]. É organizado a partir da combinação de no mínimo duas modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual), podendo ser organizado das seguintes formas[5]:

- CER II – composto por dois serviços de reabilitação habilitados.
- CER III – composto por três serviços de reabilitação habilitados.
- CER IV – composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar/Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAD/EMAP)

Essas equipes multiprofissionais fazem parte do programa de atenção domiciliar denominado "Melhor em Casa", um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de locomoção, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento (desospitalizações)[9].

No âmbito do SUS, a atenção domiciliar é caracterizada por três modalidades, de acordo com o tipo de atenção e procedimentos necessários para realizar o cuidado. A operacionalização destas duas equipes ocorre da mesma maneira, sempre que clinicamente necessário uma Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) presta suporte à Equipe Multiprofissional de atendimento Domiciliar (EMAD) de modo a complementar as ações de saúde da atenção domiciliar[9].

As EMADs são compostas por: médico, enfermeiro, fisioterapeuta e auxiliar de enfermagem, enquanto as EMAPs contam com no mínimo três profissionais de nível superior, eleitos entre as categorias: assistente social, fisioterapeuta fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico[9].

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

São unidades que tem o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, como parte das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e uma das frentes de atuação do programa Brasil Sorridente. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados, quando necessário[5].

São oferecidos os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase em diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais[5].

Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CRASI)

São definidos como unidades hospitalares que dispõem de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde dos idosos de forma integral e integrada. Apresenta quatro modalidades assistenciais: internação hospitalar, ambulatório especializado em saúde do idoso, Hospital-Dia Geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade[10].

As diretrizes assistenciais dos Centros de Referência devem estar em conformidade com as dispostas pela Política Nacional de Saúde do Idoso, a saber[10]:

- promoção do envelhecimento saudável;
- manutenção da autonomia e da capacidade funcional do idoso pelo maior tempo possível;
- assistência às necessidades de saúde do idoso;
- desenvolvimento de atividades de reabilitação visando à melhoria da capacidade funcional comprometida;
- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Centro de Referência de Assistência Social/Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CRAS/CREAS)

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é a porta de entrada da assistência social. Localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, o CRAS promove a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas. Assim, possibilita o acesso da população aos serviços, benefícios e projetos de assistência social, tornando-se uma referência para a população local e para os serviços setoriais[11].

Por sua vez, no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social, violência ou tiveram seus direitos violados. A unidade deve, obrigatoriamente, ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), podendo ofertar outros serviços, como Abordagem Social e Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias[11].

Sopa de letrinhas!

Você já conhecia todos estes serviços da RAS?
Procure responder:

» Quais destes serviços estão presentes em meu território?

» Como se dá o fluxo de referência e contrarreferência com estes serviços em meu município?

Coordenação do cuidado entre os níveis assistenciais

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção, sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. Nesse sentido, implica no estabelecimento de relações entre organizações e pessoas desde a Atenção Primária à Saúde para os serviços de maior densidade tecnológica, de modo que o usuário disponha de distintas intervenções do cuidado de forma contínua, de acordo com suas necessidades de atenção em saúde e expectativas pessoais. Logo, a coordenação assistencial, enquanto atributo organizacional dos serviços de saúde, reflete na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário[1].

As dimensões da gestão do cuidado em saúde

De acordo com Cecílio:

> *podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz[12].*

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O mesmo autor define que a gestão do cuidado em saúde ocorre em seis dimensões[12]:

- Individual: o cuidar de si, a autonomia do sujeito e seu direito de escolha;
- Familiar: o apoio da família e ciclos sociais e/ou a complexidade dos laços familiares;
- Profissional: competência, postura ética e capacidade de construir vínculo dos profissionais envolvidos;
- Organizacional: organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde;
- Sistêmica: redes e linhas de cuidado;
- Societária: como estão estabelecidas as políticas públicas.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Estas múltiplas dimensões, inerentes entre si, apresentam sinergismos, conflitualidades e pontos de conexão, emergindo de um conjunto de relações entre os vários atores organizacionais, como o complexo campo de saberes, de relações de poder e de disputas de sentidos[12].

No que tange ao plano de cuidado articulado com os serviços, destaca-se a dimensão sistêmica da gestão do cuidado, que visa construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, formando redes ou linhas de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado.

Além disso, o cuidado ofertado por um sistema de saúde guarda relação com a qualidade das práticas profissionais (dimensão profissional) que aí se desenvolvem e com a organização interna dos serviços de saúde (dimensão organizacional). Sua qualificação exige mecanismos adequados de gestão que incidam em cada uma dessas dimensões.

Agora que você já conheceu um pouco sobre a perspectiva de integração em Redes de Atenção à Saúde, vamos discutir o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação do cuidado, desde a Atenção Básica até os demais níveis do sistema de saúde. Vamos lá!

Sistematizando a transição do cuidado

Os processos de encaminhamento e trânsito do paciente não devem ser entendidos como uma ação na qual a Atenção Básica se desresponsabiliza pelo cuidado do paciente, mas sim como um compartilhamento do caso, mantendo-se a corresponsabilidade pela integralidade desse cuidado.

A estruturação dos fluxos assistenciais em saúde avançou com o apoio de ferramentas tecnológicas importantes, como as centrais de regulação informatizadas e os prontuários eletrônicos, no entanto ainda não superou a fragmentação do cuidado que ocorre dentro das unidades de saúde e na articulação com os demais serviços que compõem a RAS[13].

A ausência de comunicação entre os serviços e profissionais que integram a rede assistencial apresenta-se como uma fragilidade na constituição de um cuidado integral e ordenado, sendo também um aspecto que atua diretamente como inibidor do acesso[13].

Estratégias de comunicação entre os pontos de atenção devem ser garantidas para além das fichas de referência e contrarreferência, com o objetivo de gerar maior resolutividade por parte da atenção básica e facilitar o acesso do paciente aos diferentes serviços oferecidos pela rede pública sempre que necessário.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Vejamos algumas das estratégias possíveis de serem utilizadas pelo farmacêutico ao identificar a necessidade de um plano de cuidado compartilhado com os outros serviços, bem como o seu retorno à Atenção Básica para continuidade desse cuidado com o paciente.

Referência e Contrarreferência

Os processos de referência e contrarreferência representam importante instrumento para integração dos serviços de saúde, sendo uma estratégia para promover a integralidade do cuidado de maneira continuada, colocando a Atenção Básica como ordenadora dessas ações[14].

Apesar de reconhecermos a necessidade de superação do modelo tecno-assistencial que concebe o sistema de saúde como uma pirâmide com fluxos ascendentes e descendentes de usuários, os processos de referência e contrarreferência inevitavelmente passam pela concretização do modelo hierarquizado, com todas suas potencialidades e fragilidades[14].

Nesse processo, a ação de encaminhar o paciente para um serviço de maior complexidade e densidade tecnológica recebe o nome de referência. Contrarreferência, por usa vez, caracteriza-se pelo retorno do usuário ao serviço de Atenção Básica mais próximo de seu domicilio[14].

O processo de referenciamento dificilmente será realizado isoladamente pelo farmacêutico, visto que na maioria dos casos o encaminhamento de pacientes a um nível de maior complexidade no SUS demanda um diagnóstico e o estabelecimento da gravidade do paciente. Dessa maneira, o referenciamento deve passar pelo profissional médico que avalia e determina tanto condição do paciente quanto suas necessidades.

Casos que fogem a essa regra seriam os encaminhamentos para os Centros de Especialidade Odontológica, que são realizados pelos cirurgiões dentistas da Atenção Básica, e os serviços de reabilitação e saúde mental, que em alguns municípios são realizados mediante protocolos que permitem que o encaminhamento de pacientes ocorra através de outros profissionais da equipe multiprofissional.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Ainda assim, o farmacêutico deve buscar se apropriar da existência de mecanismos formais que moldam a referência e a contrarreferência entre Atenção Básica e os demais serviços da rede, como protocolos clínicos específicos, as diferentes linhas de cuidado e a existência de uma central municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados. De acordo com o método clínico apresentado neste curso, a consulta farmacêutica avalia o paciente de maneira global, sendo possível identificar a necessidade desses encaminhamentos.

Ainda que alguns dos serviços da rede assistencial funcionem na perspectiva de "portas abertas", sem a necessidade de um encaminhamento formal, a discussão do caso com a equipe de referência e apoio é extremamente recomendável, assim como o contato prévio sempre que possível com o serviço que irá receber o paciente.

Dessa maneira, evita-se encaminhamentos desnecessário ou equivocados que fragilizam e sobrecarregam a regulação do acesso, além de potencializar-se o cuidado articulado com a equipe por meio da colaboração interprofissional.

SBAR

Ao identificar em sua consulta a necessidade de referenciamento, o farmacêutico deve compartilhar o caso com médico e equipe para que haja consenso sobre o encaminhamento. Além disso, pode também contribuir para que o instrumento de referenciamento (impresso ou informatizado) seja o mais completo possível ao descrever o caso, sendo claro, conciso e objetivo.

A ferramenta SBAR trata-se de um modelo estruturado utilizado para a comunicação entre profissionais e serviços de saúde e para o compartilhamento de informações sobre pacientes. Também é considerada uma estratégia de segurança para o paciente, evitando falhas na comunicação verbal e escrita e criando um modelo de raciocínio clínico compartilhado[15].

S

SITUAÇÃO: qual a situação do paciente?

- identifique-se;
- identifique o serviço em que o paciente se encontra;
- explique resumidamente o problema;
- qual é, quando este aconteceu ou iniciou e qual a sua gravidade;
- determine a causa da sua preocupação.

B

***BACKGROUND*/BREVE HISTÓRICO:** quais são o contexto e o histórico clínico?

- Forneça informações pertinentes sobre os antecedentes relacionados à situação: diagnósticos estabelecidos, lista das medicações em uso, alergias, sinais e sintomas mais recentes, exames laboratoriais, resumo do tratamento até o momento.

A

AVALIAÇÃO: o que mudou?

- Explore as opções consideradas: informe o que você considera que seja o problema e sua preocupação, assim como se a condição do paciente está instável ou se agravando.

R

RECOMENDAÇÃO: o que eu faria?

- Informe qual a sua recomendação ou solicitação: tratamentos específicos, exames necessários.

O uso dessa estratégia é mais comum na rotina e no ambiente hospitalares, mas pode auxiliar os profissionais da Atenção Básica, inclusive o farmacêutico, a estabelecerem uma comunicação concisa com informações de importância crítica a respeito da situação do paciente, transmitidas em uma estrutura previsível.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Warm handoff ou passagem calorosa

Essa estratégia consiste na passagem sistematizada do caso na presença do paciente e/ou familiar, que participa, interage e contribui com o processo. Fatos, decisões e percepções são discutidos entre o profissional que obteve o caso, o profissional/serviço que está sendo consultado para receber o caso e o paciente, para juntos entrarem em consenso[16].

Warm handoffs permitem envolver os pacientes, incentivando-os a esclarecerem suas dúvidas e corrigirem informações trocadas ou incorretas. Assim como a ferramenta SBAR, essa estratégia é normalmente utilizada no ambiente hospitalar, portanto sabe-se que nem sempre é possível fazer uso desta na Atenção Básica devido à particularidade dos fluxos de regulação entre os serviços[16].

No entanto, percebemos potencialidades em seu uso sempre que possível, evitando algumas das barreiras mais comuns enfrentadas pelos usuários na busca de suas necessidades assistenciais, como a marcação de consultas e exames em locais muito distantes da moradia do paciente ou em horários e datas que impossibilitam o usuário de comparecer, gerando altos índices de absenteísmo em relação à fila de espera sempre lotada.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Diretrizes, protocolos, guidelines e linhas de cuidado

A ausência de padronização das ações resulta em fragilidade de gestão, podendo causar pluralidade no modo como são feitas as atividades. Dentro da proposta de trânsito na RAS, tal cenário pode gerar encaminhamentos incorretos e desnecessários de pacientes, inflacionando o acesso aos serviços. Assim, o emprego de instrumentos de gestão que se estabeleçam como guidelines, linhas do cuidado, protocolos e diretrizes é relevante para direcionar e garantir a continuidade das ações[17].

1

Diretrizes

As diretrizes são instrumentos direcionadores de linhas políticas que orientam a organização dos serviços e o aporte de ciência e tecnologia às ações de saúde. Fundamentam a construção de protocolos e estabelecem a expressão da dimensão societária do cuidado[17].

Por se configurarem como tecnologia da gestão da clínica, as diretrizes são "recomendações preparadas de forma sistemática, com base em evidências científicas, com o propósito de influenciar as decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas"[17].

2

Protocolos

Os protocolos são recomendações de rotinas de cuidado e ações de gestão dos serviços sistematicamente desenvolvidas a partir de evidências cientificas com a intenção de orientar fluxos, condutas e procedimentos de trabalhadores dos serviços de saúde[17].

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços[17]:

» **Protocolos clínicos:** instrumentos desenvolvidos para auxiliar no manejo de um problema de saúde, utilizados para reduzir a variação inapropriada na prática clínica.

» **Protocolos de organização dos serviços:** instrumentos direcionados para a gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede e os processos de avaliação do sistema de informações, estabelecendo a interface entre os níveis de atenção (referência e contrarreferência).

Conforme apresentado, os profissionais devem lançar mão de ambos os tipos de protocolo para promover a integralidade do cuidado, no que se considere os dois complementares para a execução do referenciamento na RAS com êxito.

3

Guidelines ou linhas-guia

São instrumentos que abrigam conteúdos sobre determinada área do conhecimento e de prática no campo da saúde. Têm o objetivo de normatizar e integralizar todo o processo de organização da atenção em rede para uma determinada condição de saúde. No processo de desenho da RAS, caracteriza-se por ordenar o itinerário das pessoas, estabelecendo os fluxos entre os diversos lugares de atenção nessa rede. Por esse motivo, é mais ampla que um protocolo clínico[17].

4

Linhas de cuidado

O trabalho em equipe e o cuidado permitem uma organização mais abrangente dos serviços de saúde por meio de uma estratégia denominada “linha do cuidado”, a qual se estabelece como um arranjo organizacional dos serviços de saúde em rede centrado no usuário, visando à integralidade das ações. Esta ocorre mediante a utilização sincronizada de um conjunto de tecnologias e do trabalho em equipe, voltadas para o processo de recepção dos usuários, a ausculta, o encaminhamento e a resolução de suas necessidades[17].

O farmacêutico deve informar-se sobre esses instrumentos em seu munícipio, além de outros documentos definidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde, conhecê-los e aplicá-los na execução do Cuidado Farmacêutico. O emprego crítico e consciente desses instrumentos nos torna sujeitos na construção do processo de trabalho de nossa equipe e na promoção de um cuidado resolutivo e integral.

Conclusões

Garantir a integralidade da assistência requer uma rede de serviços articulada e um olhar integral sobre o indivíduo. Nesse cenário, o Cuidado Farmacêutico constitui o conjunto de ações ofertadas pela atenção básica, as quais buscam garantir uma atenção integral, coordenada, longitudinal, segura e efetiva às necessidades de indivíduos, famílias e comunidades[7].

Neste sentido, é necessário que o farmacêutico conheça a lógica e o funcionamento da RAS, seus elementos constitutivos e os serviços que compõem as redes temáticas com o objetivo de superar uma lógica de cuidado fragmentado e hierarquizado.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Síntese da Aula

Nesta aula tratou-se da importância de o Cuidado Farmacêutico estar integrado à RAS, para isso abordamos a coordenação do cuidado pela Atenção Básica e o desenvolvimento da RAS como estratégia para reorganização do sistema de saúde.

Para que o farmacêutico consiga promover uma atenção integral e estabelecer um plano de cuidado articulado com os demais serviços da rede, apresentamos as múltiplas dimensões do cuidado, além de estratégias e instrumentos para auxiliar na sistematização da transição deste, como referência e contrarreferência, SBAR, *warm handoff* e instrumentos de gestão.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília: OPAS; 2011 [acesso em 4 out. 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-a-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965.

2. Oliveira MA C, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(spe):158-64.

3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 2010 dez 30 [acesso em 4 out. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

4. Starfield B. Atenção Primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.

5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS; 2015.

6. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, de Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: Qual pode ser o seu papel? Cienc Saude Coletiva. 2012; 17(11):2893-902.

7. Brasil, Ministério da Saúde. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 4 out. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.

8. Canonici EL. Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde [Internet]. São Paulo: PROADI-SUS; 2014 [acesso em 4 out. 2019]. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/17/3-Revisao-Aten----o-Especializada.pdf.

9. Brasil. Manual instrutivo do Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 4 out. 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cartilha_melhor_em_casa.pdf.

10. Brasil, Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf.

11. Revista CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social. 2008; 2(1).

12. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface Commun Heal Educ. 2011; 15(37):589-99.

13. Sousa FOS, de Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, de Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: Revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Cienc Saude Coletiva. 2014; 19(4):1283-93.

14. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Cien Cuid Saude. 2008; 7(1):65-72.

15. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. Cogitare Enferm. 2015; 20(3):636-40.

16. Agency for Healthcare Research and Quality. The Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families [Internet]. [Content last reviewed July 2018, access on 4 oct 2019]. Available from: https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/engage/start.html.

17. Werneck MAF, Faria HP de, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço [Internet]. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3914.pdf.

Autor

Samuel Amano Maximo

Mestre pelo programa de Saúde Coletiva no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica pela Universidade Nove de Julho (2015). Graduação em Farmácia pela Universidade de Mogi das Cruzes (2005). Atualmente é assessor técnico na Organização Social de Saúde Santa Marcelina, atua também como preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Faculdade Santa Marcelina. Possui experiência na área de Atenção Primária à Saúde, Assistência Farmacêutica e Cuidado Farmacêutico.

Aula 23

Método clínico: plano de cuidado na dispensação dos medicamentos

Autor: Tiago Marques dos Reis

Aula 23 - Método clínico: plano de cuidado na dispensação dos medicamentos

Ementa da aula

Esta aula aborda os fundamentos e ferramentas para a elaboração do plano de cuidado voltado à dispensação de medicamentos aos usuários.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem

Realizar a dispensação de medicamentos no contexto do plano de cuidado.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Ao longo deste módulo temos discutido sobre a elaboração do plano de cuidado. Vimos que a definição do plano de cuidado acontece depois de se conhecer suficientemente a condição de saúde da pessoa (por meio da coleta dos dados subjetivos e objetivos) e de identificar os possíveis problemas em relação aos medicamentos (na avaliação da farmacoterapia), correto? Vimos também que o plano de cuidado precisa ser acordado com o paciente, considerando a articulação com a equipe de saúde e com os serviços em saúde disponíveis quando necessário, não é?

Com isso claro, podemos agora dar um passo adiante em nossos estudos e discutir sobre um dos serviços farmacêuticos mais recorrentes no contexto do plano de cuidado e que representa uma das principais etapas na promoção do uso racional dos medicamentos: a dispensação. Vamos lá?

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

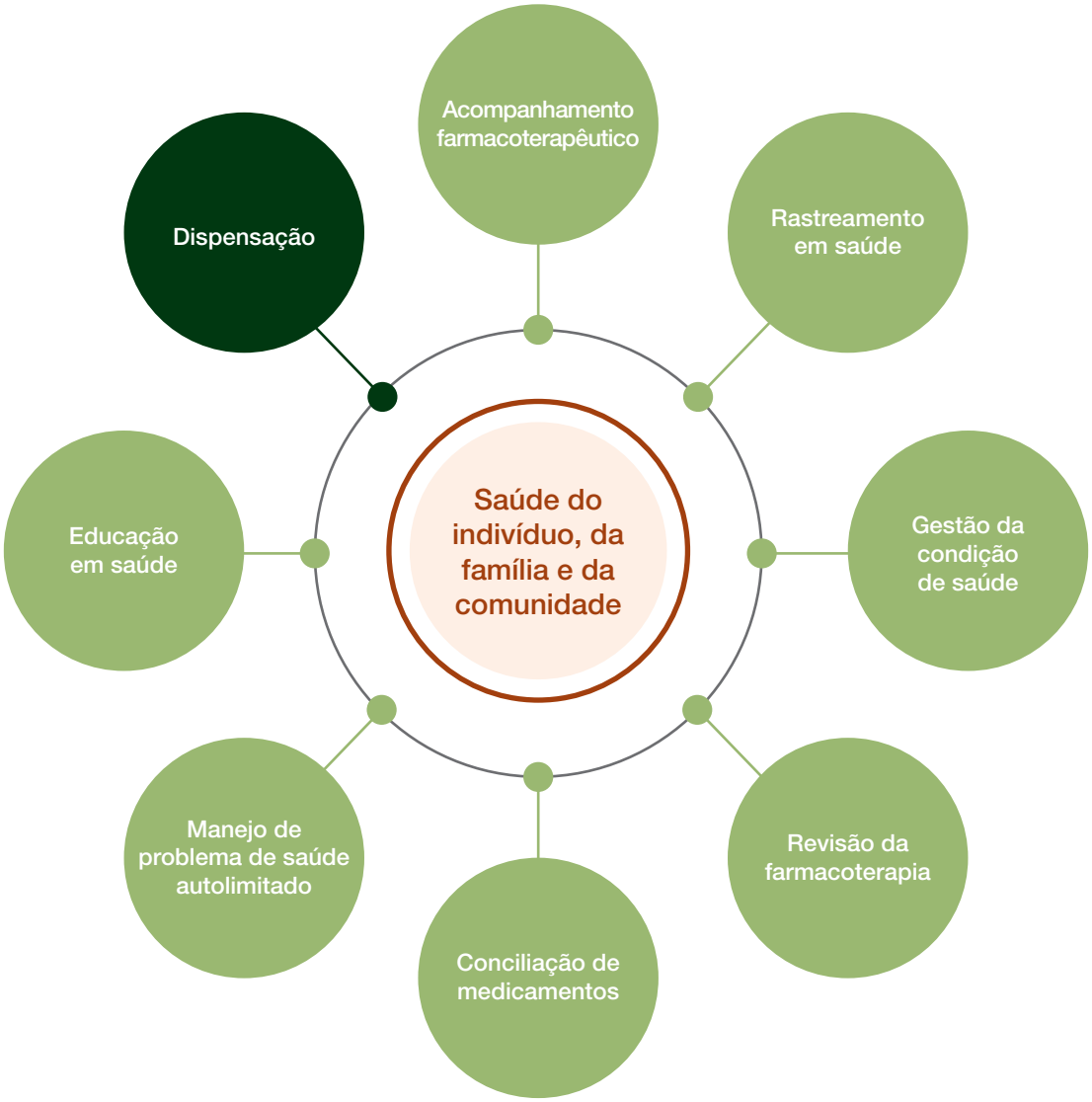
Dispensação: fundamentos e sistematização do serviço

Para discutirmos a dispensação e sua sistematização enquanto serviço, iniciaremos refletindo sobre seus fundamentos e o panorama atual da dispensação no Brasil. Na sequência, avançaremos na construção do conhecimento sobre a temática compreendendo os objetivos e as boas práticas na dispensação. A partir do arcabouço teórico então estruturado, teremos condições de pensar a sistematização do serviço, ou seja, o conjunto de procedimentos necessários à realização adequada da dispensação, bem como apresentaremos algumas ferramentas que auxiliam nesse processo.

Fundamentos e panorama atual da dispensação

Segundo a Resolução nº 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia, a dispensação é um ato do farmacêutico de orientação e fornecimento de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos ao paciente, a título remunerado ou não[1]. Tem como objetivo garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados de medicamento, envolvendo a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega dos produtos prescritos ao usuário ou seu cuidador, a orientação sobre o uso adequado e seguro, seus benefícios, conservação e descarte[1-3]. Fundamentada na filosofia do Cuidado Farmacêutico, a dispensação deve estar voltada às necessidades em saúde identificadas no indivíduo, assim como ocorre com os demais serviços clínicos que são atribuição do farmacêutico (Figura 4).

Figura 4. Serviços clínicos que podem ser realizados por farmacêuticos na Atenção Básica para promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade



Fonte: Elaboração própria.

Nesse sentido, no itinerário terapêutico do paciente a dispensação na Atenção Básica pode acontecer após uma consulta com o profissional de saúde prescritor. Consideremos o seguinte exemplo: paciente do sexo feminino, 52 anos, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica há dois anos, está em uso de hidroclorotiazida 25 mg (1-0-0) e losartana 50 mg (1-0-0) desde que o problema de saúde foi identificado. Apresentava dificuldades de adesão ao tratamento, consumia com frequência alimentos ricos em sódio e era sedentária. Dois meses após o início de um acompanhamento farmacoterapêutico com o farmacêutico da unidade de saúde da família, o parâmetro clínico de efetividade (pressão arterial) do tratamento foi controlado com as intervenções propostas por esse profissional e acordadas com a paciente. Contudo, exames de sangue realizados recentemente evidenciaram que a hemoglobina glicada estava situada em 8,1%. Após discutir com o médico de família da unidade de saúde, o farmacêutico sugere ao médico que seja avaliada a glicemia da paciente para definir sobre um possível diagnóstico de diabetes e, caso seja confirmado, a prescrição de metformina 500 mg (0-1-0) seria a escolha mais razoável. A intervenção realizada pelo farmacêutico marca o encerramento da consulta farmacêutica e uma nova consulta é agendada para um momento posterior, para avaliar se o plano de cuidado foi implementado.

Ao receber a prescrição da metformina, o que o paciente deverá fazer? Qual o próximo passo em seu itinerário terapêutico até a consulta de retorno?

Acertou quem respondeu que após receber a prescrição médica o paciente deverá procurar a farmácia da unidade de saúde. Se há uma prescrição, ela deverá ser aviada, e é aí que se insere a dispensação! A dispensação está intimamente relacionada ao plano de cuidado, na medida em que as intervenções pactuadas podem envolver o início do uso de algum medicamento, a substituição de itens da farmacoterapia ou uma alteração na forma como o medicamento está sendo utilizado pelo paciente. Isso demandará a busca do medicamento pelo indivíduo, o fornecimento de orientações pelo farmacêutico para que o uso do produto aconteça de forma correta e o monitoramento dos resultados.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Sendo assim, a realização da dispensação requer conhecimentos, habilidades e atitudes específicos em áreas como farmacologia, farmacologia clínica (farmacoterapia), fisiologia, patologia, bioquímica básica e clínica, hematologia, deontologia, legislação farmacêutica, farmácia clínica e assistência farmacêutica, semiologia, farmacoepidemiologia, saúde baseada em evidências, comunicação interpessoal, entre tantas outras. Por isso a dispensação é um ato privativo do farmacêutico, ou seja, apenas esse profissional, que possui formação nas áreas mencionadas, pode se responsabilizar pela execução do serviço[4].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O foco da dispensação deve continuar sendo o paciente e não o medicamento, numa prática centrada na pessoa e com vistas à resolução de suas necessidades em saúde[5,6]. Aqui nos referimos a "continuar" porque durante todo o desenvolvimento da consulta farmacêutica, inclusive na definição do plano de cuidado, o farmacêutico se manteve fiel à abordagem holística e humanística do paciente, não foi? A dispensação é considerada, portanto, um serviço clínico e precisa estar norteada pela mesma filosofia de prática que orientou a provisão dos serviços farmacêuticos realizados anteriormente (o acompanhamento farmacoterapêutico, por exemplo).

Cabe ainda ponderar que, pela participação de mais um profissional de saúde (o farmacêutico) no processo de cuidado, a dispensação representa uma nova oportunidade de se identificar, corrigir ou reduzir possíveis erros associados à farmacoterapia antes que o paciente faça uso do medicamento[7]. Isso fortalece a promoção do uso racional de medicamentos e a segurança do tratamento, numa aproximação à Teoria do Queijo Suíço.

Saiba mais!

Você já ouviu falar sobre a Teoria do Queijo Suíço?

Trata-se de um modelo elaborado para explicar a adoção de barreiras para garantir a segurança do paciente.

Para saber mais, sugerimos a leitura do livro Farmacovigilância: da teoria à prática (p. 37-39), disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/113722/ISBN9788539304158.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A importância da dispensação é notória, mas o serviço geralmente é negligenciado e confundido com o simples ato de entregar o medicamento. Claro que a entrega de medicamentos é fundamental na otimização do acesso ao medicamento nas farmácias básicas uma vez que, sozinho, o farmacêutico não consegue prestar a assistência necessária para garantir o fornecimento e o êxito no uso do medicamento a todos os usuários da farmácia. Nesse sentido, a colaboração de auxiliares ou técnicos de farmácia favorece a disponibilização do medicamento ao paciente, o fornecimento de orientações básicas em relação ao seu uso e a verificação da necessidade de que esse usuário seja avaliado ou orientado pelo farmacêutico. Contudo, é atribuição do farmacêutico assumir a responsabilidade técnica pelo serviço, executá-lo (sobremaneira em situações mais complexas ou naquelas em que os colaboradores não possuam o devido respaldo técnico para o atendimento) e treinar a equipe que colabora nas atividades da farmácia[8].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Infelizmente, estudos mostram que nem todos os farmacêuticos que atuam em farmácias comunitárias realizam o serviço da forma adequada por motivos como a sobrecarga de trabalho ou a falta de preparo[9-11]. Isso é lamentável, pois a dispensação é um dos poucos serviços cuja responsabilidade é privativa do farmacêutico. Sua realização inadequada pode levar a erros no processo de uso do medicamento[9]. Um em cada quatro pacientes que fazem uso incorreto de seus medicamentos apresentam piora expressiva do quadro clínico, o que causa crescimento do número de internações e atendimentos de urgência/emergência, agravamento da condição de saúde ou surgimento de novos problemas e aumento dos custos do cuidado para o sistema de saúde. Além disso, uma revisão sistemática de 70 estudos observacionais com 337.025 indivíduos mostrou que pelo menos 20% dos pacientes são vítimas de danos preveníveis durante a assistência médica (a maioria relacionada à prescrição de medicamentos), sendo que quase 12% desses danos resultam em incapacidade permanente ou morte[12], mas poderiam ser evitados com a oferta de serviços clínicos como a dispensação.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Segundo dados obtidos na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), o trabalho nas unidades de dispensação públicas brasileiras é focado na acessibilidade do produto[13]. Há diferenças expressivas na organização da dispensação entre os municípios, principalmente no que diz respeito à estrutura física e aos profissionais envolvidos na provisão do serviço. Ademais, verificou-se que a oferta da dispensação como serviço de saúde ainda não é prevalente, independentemente do tipo de farmácia ou da região do país, face à sua substituição pela simples entrega do medicamento. Isso denota uma abordagem ainda limitada de que a disponibilização de medicamentos é suficiente para garantir melhores condições de saúde ao indivíduo e à comunidade (modelo biomédico), enquanto o sucesso na provisão do medicamento resulta da compreensão da dispensação como um serviço de saúde, dependente de estrutura, trabalhadores e gestão orientados para a atenção à saúde das pessoas[13-15].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Apesar disso, os resultados da PNAUM apontaram melhoria da estruturação física e maior presença de farmacêuticos nas farmácias básicas brasileiras[13]. Isso vai ao encontro do que determina a Lei nº 13.021/2014, segundo a qual farmácias de qualquer natureza (públicas ou privadas, com ou sem manipulação) requerem a presença de um farmacêutico durante todo o período de funcionamento[4]. A dispensação no setor público deve estar organizada a fim de contribuir na universalidade, equidade e integralidade do cuidado, mas, para isso, é preciso vencer o desafio de sistematizar o serviço e tornar sua oferta uma prática que vai além da simples entrega do medicamento.

Objetivos e normas das boas práticas na dispensação

Comentamos rapidamente no início da aula, mas enfatizamos que os objetivos da dispensação são:

- garantir o cumprimento do plano terapêutico;
- contribuir para a adesão ao tratamento;
- minimizar erros de prescrição;
- proporcionar um cenário adequado para identificação de necessidades do paciente e oferta de outros serviços clínicos no âmbito do Cuidado Farmacêutico;
- informar o paciente sobre o uso correto do medicamento[16].

No que tange às boas práticas, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 44/2009 estabelece que a farmácia deve assegurar ao usuário o direito à informação e orientação quanto ao uso de medicamentos[8]. Além disso, como a dispensação envolve o fornecimento do medicamento e das informações necessárias ao seu uso correto, define-se como elementos importantes da orientação a ênfase no cumprimento da posologia, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto, entre outros.

Tendo refletido juntos sobre a fundamentação da dispensação, que tal discutirmos um pouco mais sobre a sistematização do serviço e compreendermos como esse processo deve ser realizado? Então, vamos lá?!

Sistematização da dispensação e ferramentas para sua oferta na Atenção Básica

Chegamos ao ponto principal desta aula: entender como a dispensação deve ser realizada! Se a literatura mostra que a falta de preparo profissional é um dos principais motivos pelo qual o serviço não é realizado de forma adequada[9-11], cabe ao profissional farmacêutico a responsabilidade de superar o problema e ter postura ativa na mudança da realidade de seu município.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A dispensação pode acontecer mesmo quando o paciente não apresenta uma prescrição. Nesses casos, o farmacêutico deve realizar a coleta de dados subjetivos (anamnese) e objetivos (exame físico) com a pessoa para compreender se a condição de saúde é autolimitada ou não e, a partir dos achados, avaliar a situação, tomando uma decisão clínica que pode envolver o uso de um medicamento, adoção de medidas não farmacológicas e/ou encaminhamento do paciente a outro

profissional de saúde (na maioria dos casos, um médico) com competência para analisar melhor o quadro clínico. Contudo, no contexto da Atenção Básica, a dispensação ocorre em cumprimento à prescrição de um médico. Essa situação equivale àquele exemplo da paciente para a qual foi prescrita a metformina (vide seção *Fundamentos e panorama atual da dispensação*). Diante das regras de financiamento dos medicamentos estabelecidas pelo Ministério da Saúde e da previsão de consumo necessária ao sucesso das etapas gerenciais do ciclo da Assistência Farmacêutica (principalmente a programação de medicamentos), as Secretarias Municipais de Saúde definem regras para que a dispensação nas farmácias básicas aconteça apenas quando o usuário apresentar prescrição válida e comprovante de que está domiciliado no município onde está alocada a farmácia. Por esse motivo, vamos explorar nesta aula a dispensação mediante apresentação de prescrição.

Sistematização da oferta da dispensação mediante apresentação de prescrição

Para discutirmos sobre a sistematização da dispensação, ou seja, sobre como realizá-la, lançaremos mão de uma simulação que ilustrará cada etapa do processo de cuidado intrínseco a esse serviço. A protagonista do caso é Dona Marlene, 62 anos, cuidadora de idosos, baixa escolaridade, renda *per capita* de um salário mínimo, diagnosticada com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. A paciente vai até a farmácia básica do bairro onde mora e leva consigo uma prescrição contendo metformina 500 mg (0-1-1), enalapril 20 mg (1-0-0) e clortalidona 25 mg (1-0-0). O farmacêutico Laerte será quem a atenderá na farmácia.

O que o farmacêutico Laerte deve fazer para iniciar a dispensação quando Dona Marlene chegar na farmácia?

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quem respondeu “acolhimento”, acertou! Qualquer serviço clínico deve começar com o **acolhimento** do paciente. Esse assunto foi tema da *Aula 13, do Módulo 3**. Para consolidar o aprendizado, sugerimos uma releitura do conteúdo daquela aula. É importante atentarmos ao fato de que o acolhimento é considerado uma diretriz da Política Nacional de Humanização e implica na responsabilização dos trabalhadores do estabelecimento de saúde (incluindo a farmácia) pelo usuário durante toda sua permanência no local. Consiste, também, na escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, buscando garantir o acesso oportuno a tecnologias adequadas às suas necessidades e ampliar a efetividade das práticas de saúde[17-18].

Na dispensação, o acolhimento deve ser iniciado com um cumprimento e a apresentação do farmacêutico ao paciente. Na sequência, o farmacêutico deve verificar se o interlocutor é a pessoa que fará uso do medicamento ou alguém que foi retirar o medicamento pelo paciente. Além disso, deve ser verificado se o paciente já faz uso do medicamento ou se vai iniciar o tratamento medicamentoso. Todas essas informações são cruciais para definir o escopo de orientações que deverá ser fornecido pelo farmacêutico na ocasião do fornecimento dos medicamentos em etapas que virão mais adiante no processo de dispensação. O acolhimento permite a abertura de canal para a consolidação de um vínculo terapêutico entre paciente e farmacêutico, fundamental para se estabelecer confiança e fluidez à troca de informações entre essas duas pessoas. Após o contato inicial, recomenda-se fortemente que o interlocutor seja sempre chamado pelo nome. Veja um exemplo de diálogo a seguir:

Laerte: Bom dia! Seja bem-vinda! O meu nome é Laerte, sou o farmacêutico responsável por esta farmácia. Qual o seu nome e em que posso ajudá-la?

Marlene: Olá seu Laerte, bom dia! O meu nome é Marlene. Vim aqui para buscar os remédios que estão nesta receita.

Laerte: Pois bem! Vamos lá... permita-me ver a prescrição. Os medicamentos são para a senhora mesmo, Dona Marlene?

Marlene: Sim.

Laerte: A senhora já utilizava esses medicamentos ou fará uso pela primeira vez?

Marlene: É a primeira vez que o médico me passou esses remédios.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 5* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Método clínico: acolhimento e coleta de dados*.

É importante estar atento e fazer uso das diferentes habilidades de comunicação, sempre procurando a melhor forma de diálogo com o paciente durante a realização da dispensação. A empatia, a escuta ativa e o zelo na linguagem (ponderação no uso de termos mais coloquiais ou mais técnicos dependendo do grau de instrução do interlocutor), assim como a comunicação não verbal, são elementos que podem favorecer ou atrapalhar a obtenção de informações e fornecimento de orientações durante a oferta do serviço.

Estando com a prescrição em mãos, a próxima etapa do processo é a **análise da prescrição**, momento em que são observados aspectos legais e clínicos do receituário. Em relação aos aspectos legais, devem ser verificados os seguintes itens:

- legibilidade e ausência de rasuras e emendas;
- identificação do usuário;
- identificação do medicamento, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade;
- modo de usar ou posologia;
- duração do tratamento;
- local e data da emissão;
- assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional[8].

Além disso, o tipo de receituário deve estar de acordo com a natureza dos itens prescritos, conforme sugerido no Quadro 2.

Quadro 2. Tipo de receituário, de acordo com a natureza dos itens prescritos

Natureza do medicamento	Tipo de medicamento	Tipo de receituário
Isento de controle especial	Medicamentos isentos de prescrição médica (MIP)	Receituário branco comum
	Medicamentos com tarja vermelha	Receituário branco comum
Sujeito a controle especial (Portaria CVS nº 344/1998 e atualizações)	Antimicrobianos	Receituário branco em duas vias (retenção da segunda via na farmácia)
	Entorpecentes (A1 e A2) Psicotrópicos (A3)	Notificação de receita tipo A + receituário amarelo
	Psicotrópicos (B1)	Notificação de receita tipo B + receituário azul
	Psicotrópicos anorexígenos (B2)	Notificação de receita tipo B2+ receituário azul e termo de responsabilidade do prescritor (conforme RDC 50/2014)
	Outras substâncias sujeitas a controle especial (C1)	Receituário branco em duas vias
	Retinóides (C2)	Receituário especial para retinóides + Termo de Consentimento Pós-Informação
	Anabolizantes (C5)	Receituário branco em duas vias. Ver também Lei nº 9.965/2000

Fonte: Adaptada de Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná[19].

Essa análise de aspectos legais da prescrição acontece com o farmacêutico ainda em frente ao paciente, logo após receber dele o receituário. Não requer que perguntas sejam feitas (a menos que surjam dúvidas relativas à procedência da prescrição ou às evidências de inadequações ao que determina a legislação).

No que diz respeito aos aspectos clínicos, o farmacêutico deve verificar a conformidade entre a dose prescrita e a dose terapêutica, bem como a necessidade de uso pelo paciente dos medicamentos prescritos. Isso demanda experiência, conhecimento atualizado e a comunicação com o interlocutor:

Laerte: Verifiquei que está tudo correto em relação à prescrição, Dona Marlene. Mas o que está acontecendo em relação à sua saúde? Houve descontrole da pressão arterial e do "açúcar no sangue"?

Marlene: Nossa! Como você adivinhou? Pois é... perdi meu marido há dois anos e de lá pra cá minha vida ficou ainda mais difícil. A pressão andou dando uma descontrolada, mas eu não dei muita importância. Só que eu percebi recentemente que estava piorando e resolvi procurar o médico. Ele fez uns exames e apareceu essa tal de diabetes também. Não teve jeito: vou ter que começar a tomar remédio.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

A análise de conformidade da dose foi feita de forma introspectiva pelo farmacêutico (com base em seus conhecimentos clínicos e na lista de medicamentos padronizados pelo município). Já a análise da necessidade demandou, além dos conhecimentos profissionais, o diálogo com o paciente.

Na sequência, procede-se à **separação do medicamento** (busca na prateleira). Nessa etapa, o farmacêutico ou seu auxiliar vai até a prateleira/*bins* buscar o medicamento, aproveitando o momento para **confirmar** as condições da embalagem, a validade e o lote, principalmente para casos de medicamentos que sabidamente tenham lotes condenados ou sob suspeita. Ressaltamos que para essa etapa é importante estar atualizado em relação aos alertas, notas, cartas aos profissionais e informes emitidos pelas agências de farmacovigilância (a exemplo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa).

Se estiver tudo correto, o farmacêutico retorna ao atendimento do paciente com os medicamentos em mãos para realizar o próximo passo do processo: a **avaliação da farmacoterapia**. De forma breve, o farmacêutico verifica a efetividade, segurança e conveniência (adesão) dos medicamentos prescritos para cada condição de saúde relatada pelo paciente.

A análise de efetividade e segurança deve ser realizada com base em parâmetros clínicos (como a pressão arterial na análise da efetividade do tratamento da hipertensão; a hemoglobina glicada ou a glicemia na análise da efetividade do tratamento do diabetes mellitus; alterações em exames

laboratoriais ou relato de efeitos indesejados após o início do uso dos medicamentos na análise da segurança do tratamento). Se o paciente ainda não tiver iniciado o uso do medicamento, como é o caso de Dona Marlene, cabe avaliar o potencial dos medicamentos para um tratamento efetivo, seguro e de fácil adesão. Nesse momento, o farmacêutico deve observar também se o paciente tem conhecimento sobre o motivo pelo qual fará uso de cada medicamento. A suspeita de problemas na terapêutica ou a necessidade de mensuração de algum parâmetro clínico para a avaliação da farmacoterapia são motivos suficientes para que o farmacêutico convide o paciente para conversar em um local mais apropriado da farmácia (na sala de serviços farmacêuticos ou em um consultório, por exemplo), onde sigilo e comodidade favoreçam a coleta de informações. Voltemos ao diálogo entre Laerte e Dona Marlene:

Laerte: Pronto, Dona Marlene! Aqui estão dois dos medicamentos que o médico prescreveu: metformina e enalapril. A clortalidona não está disponível pelo SUS em nosso município, por isso não a temos para fornecer à senhora. Sabe pra que serve cada um desses medicamentos que vai usar?

Marlene: Imagino que sejam pra baixar minha pressão e o açúcar do sangue. É isso?

Laerte: Sim, Dona Marlene, é isso mesmo! A metformina [mostra a embalagem para a paciente] vai ajudar a controlar sua glicemia, ou seja, o açúcar do sangue. Já este outro, o enalapril [mostra a embalagem para a paciente], ajudará no controle da sua pressão arterial. A clortalidona também serve para tratar a hipertensão. Entretanto, como não temos esse medicamento, talvez a senhora tenha que comprá-lo em uma farmácia da rede privada. Como é isso para a senhora?

Marlene: Oh, meu filho, danou-se! A vida está muito difícil, eu não tenho condições de comprar nenhum desses remédios. Vou ficar sem tomar esse que você falou se realmente não tem pelo SUS.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Com base em conhecimentos prévios sobre a farmacoterapia e nesse diálogo, Laerte tem evidências de que há potencial para efetividade, segurança e adesão ao tratamento do diabetes mellitus, desde que a paciente seja devidamente orientada. Contudo, o tratamento da hipertensão arterial poderá ser inefetivo sem a clortalidona ou, ainda, não ser conveniente caso a paciente deixe de utilizá-la como prescrito (para “economizar” comprimidos) na eventualidade de conseguir comprar o medicamento. Assim, Laerte identifica potenciais problemas relacionados à farmacoterapia, os quais precisam ser discutidos com o prescritor. Pelo quadro clínico e os fatores de risco, será que a paciente precisa realmente dos dois medicamentos para o controle da pressão arterial? Seria possível iniciar o uso do enalapril numa dose mais baixa se realmente for mantida a combinação com o diurético? Será que a clortalidona poderia ser retirada da prescrição caso mantida a dose de 20 mg para o enalapril?

Será que a clortalidona poderia ser substituída pela hidroclorotiazida, que também é um diurético tiazídico e está disponível gratuitamente na rede pública desse município? As respostas a essas perguntas dependerão diretamente de uma série de variáveis relacionadas à condição de saúde da paciente (tempo de diagnóstico, lesão ou comprometimento de órgãos-alvo como rim e coração, comorbidades e fatores de risco, controle pressórico, adesão, medidas não farmacológicas de manejo da hipertensão arterial, entre outros), motivo pelo qual é imprescindível na dispensação investigar dados subjetivos e objetivos em uma prática centrada na pessoa. Vale destacar que, diante do exposto até o momento, seria recomendável Laerte convidar a paciente até a sala de serviços farmacêuticos da farmácia para aferir a pressão arterial e a glicemia casual, o que traria ainda mais evidências para a avaliação da farmacoterapia.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A forma como o farmacêutico deverá proceder na avaliação da farmacoterapia dependerá do tempo de uso dos medicamentos. Se for o primeiro contato do paciente com o medicamento, o farmacêutico deverá realizar uma anamnese mais detalhada para coleta de dados necessários ao entendimento do tratamento proposto. Contudo, se o paciente já for usuário do medicamento e não apresentar novas queixas em saúde, a anamnese detalhada é dispensável e a avaliação da farmacoterapia pode se limitar à observância da necessidade, dos parâmetros que atestem a efetividade e segurança do tratamento, assim como da adesão (conveniência). Caso identificado algum problema na farmacoterapia, o paciente deverá ser orientado para que esse problema seja resolvido, o que pode demandar a necessidade de ajustes na forma de uso do medicamento, mudanças nos hábitos de vida, bem como o encaminhamento do paciente a outro profissional de saúde (como um médico) ou serviço (como o de acompanhamento farmacoterapêutico).

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Voltemos ao caso de Laerte e Dona Marlene... Com base nas informações que foram coletadas desde o começo da dispensação, o farmacêutico já sabe que deverá orientar a paciente sobre a forma de uso dos medicamentos (afinal, ela não possui experiências anteriores de uso deles), os possíveis efeitos adversos que ela poderá sentir (sobremaneira em relação à metformina, que pode causar efeitos gastrintestinais manejáveis e passíveis de resolução com o tempo de uso do medicamento), a importância da adesão ao tratamento (mesmo com os inconvenientes da diurese causada pelo anti-hipertensivo e os transtornos gastrintestinais da metformina), além de orientar sobre as possíveis interações medicamentosas e o armazenamento dos medicamentos.

Assim, estamos caminhando para a próxima etapa da dispensação: o **plano de cuidado**. Aqui é importante fazer uma pausa e relembrar que a dispensação é resultado de uma intervenção (serviço) anterior. No caso de Dona Marlene, houve um plano de cuidado numa consulta anterior com o médico (prescrição do anti-hipertensivo), outro plano de cuidado na consulta de acompanhamento farmacoterapêutico (início do uso da metformina). Em cada serviço clínico pelo qual a paciente passou, seja com o médico, seja com o farmacêutico, necessidades em saúde foram identificadas e intervenções foram propostas para o manejo dos problemas encontrados. Nessa perspectiva, na dispensação, que também é um serviço clínico, haverá um plano de cuidado, etapa que corresponde ao momento de orientação do paciente sobre o tratamento.

No plano de cuidado da dispensação, as orientações fornecidas dependerão das informações subjetivas e objetivas que serão obtidas durante a realização desse serviço, bem como da avaliação da farmacoterapia realizada logo após a separação dos medicamentos. É possível perceber que dentro da dispensação acontecem todos os passos do SOAP: há a coleta de dados **subjetivos** (anamnese, geralmente mais curta e menos aprofundada que aquela realizada durante uma consulta de acompanhamento farmacoterapêutico), pode haver a coleta de dados **objetivos** (como a aferição da pressão arterial e da glicemia casual), a **avaliação** da farmacoterapia (identificação de problemas na farmacoterapia) e o **plano de cuidado** (fornecimento das orientações para o uso racional do medicamento).

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O tipo e o aprofundamento das orientações fornecidas no plano de cuidado estão intimamente relacionados ao fato do interlocutor ser ou não o usuário dos medicamentos, assim como do tempo que ele utiliza esses produtos. Nos casos em que o interlocutor for o próprio paciente, o farmacêutico deve se preocupar inicialmente com a comunicação verbal, explicando minuciosamente como o uso deverá ser feito e verificando se o paciente compreendeu todas as informações fornecidas, para então registrar num papel, na embalagem do medicamento ou em outro meio as orientações de forma que o paciente possa levá-las para casa. Por sua vez, se o interlocutor for alguém que procurou pela farmácia para retirar os medicamentos para outra pessoa, é importante que as orientações para o uso correto do produto sejam feitas principalmente por escrito (comunicação verbal escrita) e de forma que esse interlocutor consiga transmitir fidedignamente as informações ao paciente.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

No que tange ao tempo de uso do medicamento (início ou não de tratamento), se o paciente já for usuário do medicamento basta checar como está sendo feito o uso do produto (se está em conformidade com a prescrição e com as orientações de uso do medicamento), se houve o aparecimento de algum efeito indesejado e como está a adesão ao tratamento. O farmacêutico pode ainda reforçar orientações sobre questões específicas como o armazenamento (principalmente quando o medicamento for termolábil). No entanto, na primeira vez que o medicamento for dispensado, deve-se informar detalhadamente o paciente, fornecendo a ele todas as informações para que o tratamento seja efetivo, seguro e realizado de forma correta.

Vale ainda destacar que o incentivo a mudança nos hábitos de vida e outras medidas não farmacológicas são essenciais à efetividade do tratamento medicamentoso e devem ser pactuados com o paciente nessa etapa do plano de cuidado.

Reflita!

Se você fosse o farmacêutico Laerte e estivesse realizando a dispensação com Dona Marlene, como procederia para orientar a paciente nessa etapa do plano de cuidado?

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Laerte: Bom, Dona Marlene, agora que a senhora já conhece seus medicamentos e sabe para que vai utilizá-los, vou dar algumas orientações que a ajudarão no uso deles e favorecerá o sucesso do tratamento. Tudo bem?

Marlene: Claro, Laerte!

Laerte: Dona Marlene, tanto o enalapril quanto a metformina são comprimidos e devem ser tomados com um generoso copo de água. Para que façam um efeito satisfatório, é importante que sejam utilizados todos os dias, certo? Para eu ajudar a Sra. a organizar os horários de uso dos medicamentos, diga para mim, por favor, a que horas a senhora toma café da manhã, almoça e janta.

Marlene: Tomo café da manhã logo cedo, às 6h, antes de ir para o trabalho. Almoço às 11h30, logo depois de dar comida para a senhorinha de quem cuido. Janto quando acabo de organizar minha casa, lá pelas 20h.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Laerte: Excelente, Dona Marlene. Se é assim, a senhora utilizará o enalapril após terminar seu café da manhã (por volta de 6h10), a metformina deverá ser tomada logo depois do almoço (por volta de meio-dia) e depois do jantar (por volta de 20h30). Em caso de esquecimento de alguma dose, tomar o comprimido assim que lembrar. Mas se o horário da próxima dose já estiver chegando, desconsiderar a dose anterior e aguardar o horário de uso do próximo comprimido. Nunca usar duas doses juntas e, acima de tudo, sugiro que evite ao máximo esquecer de tomar seus medicamentos! Compreendeu? Pode repetir para mim?

Marlene: Sim! Tomar o enalapril depois do café da manhã e a metformina depois do almoço e jantar. Não posso esquecer de tomar, mas se esquecer eu tomo assim que possível caso não esteja próximo do horário da próxima dose.

Laerte: Muito bem! E falando especificamente do enalapril, se sentir tosse, mal-estar, aceleração nas batidas do coração (taquicardia) ou outro efeito indesejado é importante procurar pelo médico ou o farmacêutico. Sugiro que a senhora monitore sua pressão arterial e, estando tudo bem, procure pelo médico ou o farmacêutico no prazo de aproximadamente um mês para realizar alguns exames de rotina que ele poderá solicitar. [Faz uma pausa para o paciente assimilar as informações].
Agora em relação à metformina, pode ser que apareçam sintomas como diarreia, gases (flatulência), dor abdominal, indigestão, náuseas, aumento da frequência respiratória (hiperventilação), dores ou cãibras musculares, sonolência e cansaço ou ainda outros efeitos indesejados após iniciado o tratamento.
Se isso acontecer, fique calma pois alguns desses efeitos são comuns a quem usa metformina e procure pelo médico ou o farmacêutico. Cerca de 30 a 90 dias depois de iniciado o tratamento, será bom agendar uma consulta com seu médico ou o farmacêutico para realizar alguns exames de monitoramento do seu tratamento. Compreendeu, Dona Marlene? Ficou alguma dúvida até o momento?

Marlene: Compreendi, Laerte! O uso desses medicamentos pode causar alguns efeitos ruins e, se isso acontecer, posso ficar calma mas procurar você ou o médico. Preciso também medir minha pressão e depois de um mês procurar por vocês para ver se está tudo bem e fazer uns exames.

Laerte: Isso aí, Dona Marlene. Mais uma coisa: os medicamentos que a senhora utilizará não apresentam interações entre si. Contudo, sugiro que evite utilizar qualquer outro medicamento ou chá sem antes consultar o médico ou o farmacêutico. Isso é importante para evitar interferências negativas em seu tratamento e na sua saúde. Tudo bem?

Marlene: Combinado!

Laerte: Os medicamentos que a senhora está levando devem ser armazenados longe do alcance de crianças, protegidos do calor, da umidade e da luz do sol. Diante disso, tem algum lugar na sua casa que seja possível à senhora guardá-los?

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Marlene: Tem sim, seu Laerte! Pode deixar!!

Laerte: Bom... é isso. A senhora compreendeu todas as orientações? Que tal repeti-las comigo enquanto anoto tudo direitinho aqui neste papel?!

Marlene: Nossa! Quanta coisa preciso saber, hein? Nunca vi ninguém orientar as pessoas dessa forma. Vou repetir, mas você me ajuda se eu esquecer alguma coisa, né?

Laerte: Claro, Dona Marlene! O importante é a senhora conhecer seus medicamentos! Ah, em relação à clortalidona, vou entrar em contato com o seu médico e discutir com ele o que podemos fazer para que a senhora não tenha prejuízos no tratamento. Assim que tivermos uma estratégia bem definida para seu caso, ligo para que volte aqui e conversamos novamente. Podemos combinar dessa forma?

Marlene: Sem problemas, seu Laerte!

Laerte: Outra coisa, Dona Marlene: o sucesso do tratamento depende de hábitos saudáveis de vida. Fazer exercícios físicos regularmente, evitar o consumo excessivo de sal, pães, massas e açúcares é fundamental para melhorar o controle da sua pressão e glicemia. O que a senhora acha a respeito disso? Como a senhora não tem outros problemas ou dificuldades para locomoção, o que acha de fazer uns 150 minutos de caminhada por semana e ter cuidado com a alimentação?

Marlene: Se isso é importante para eu melhorar, vou fazer, sim! Tá combinado.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Para finalizar a dispensação, vem a etapa de **registro ou documentação**. No sistema público de saúde, a documentação da dispensação acontece em dois passos: i) registro na prescrição – anotar ou carimbar na prescrição a data da dispensação de cada item entregue ao paciente; ii) registro da dispensação – reter uma cópia da prescrição para controle e registro da saída do produto em um sistema informatizado, que pode ser o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - Hórus (Figura 5) ou outro programa configurado para enviar informações sobre entrada e saída de medicamentos para a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no SUS (BNAFAR). Essa transmissão de dados é obrigatória e regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.737/2018.

Figura 5. Layout do menu dispensação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus)

Fonte: Ministério da Saúde[20].

Após o aviamento da prescrição, o documento original ou uma cópia do receituário deve ser arquivado visando o levantamento de informações necessárias a etapas técnico-logísticas, como a programação de medicamentos, para a rastreabilidade de resultados do serviço e para outros motivos de interesse da gestão da Assistência Farmacêutica.

Vamos ver como Laerte encerrará o atendimento à Dona Marlene?

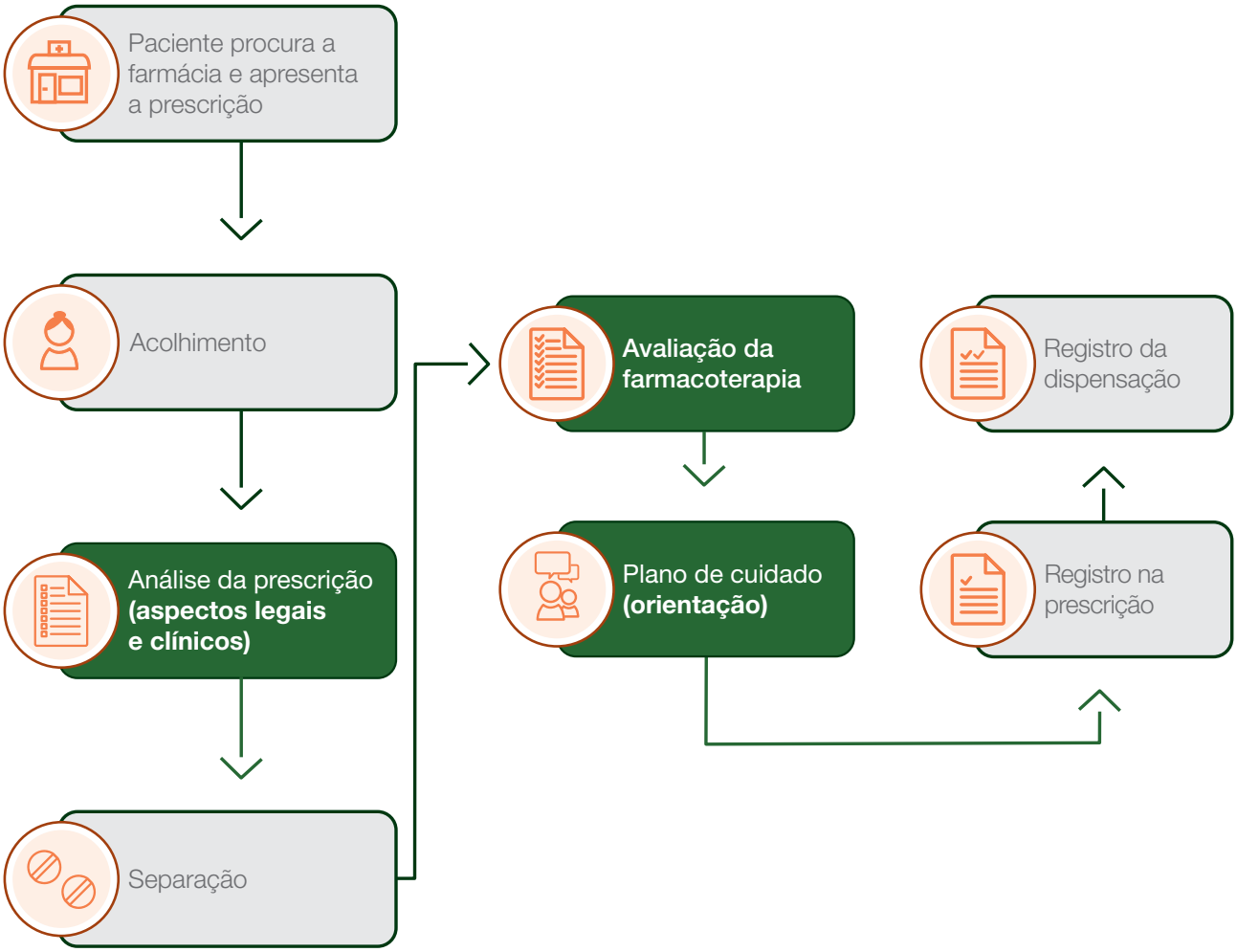
Laerte: Pronto, Dona Marlene. Já carimbei sua prescrição, registrei no sistema que a senhora está levando esses medicamentos e arquivei uma cópia do receituário. A quantidade que eu forneci deverá ser suficiente para fazer o seu tratamento por 30 dias. Ao término desse período, volte até aqui para buscar mais comprimidos. Caso surja qualquer dúvida ou perceba algum efeito indesejado, pode me procurar aqui na farmácia. Além disso, reforço que assim que tivermos uma solução para resolver a dificuldade de acesso à clortalidona entrarei em contato com a senhora. Dona Marlene, posso ajudá-la em algo mais?

Marlene: Oh, seu Laerte! Não... muito obrigada! Acho que nunca fui tão bem atendida numa farmácia. Ter farmacêutico orientando a gente faz realmente a diferença, hein? [expressão de satisfação]. Ficarei aguardando seu contato. Agora deixe eu ir que preciso voltar ao trabalho. Tchau!

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Como vimos, a dispensação se organiza em várias etapas. Preparamos um fluxograma (Figura 6) para recapitular tudo o que estudamos. Essas etapas são instrucionais e têm por finalidade sistematizar o processo de cuidado na dispensação. Todavia, sintam-se à vontade para inverter alguma etapa se isso for necessário à fluidez da comunicação com o paciente ou ao alcance dos objetivos do serviço.

Figura 6. Etapas da dispensação de medicamentos



Fonte: Elaborada a partir de Bernardo e Hoepfner[16] e Correr e Otuki[21] e Imagem - Flaticon ©.

Ferramentas para a oferta da dispensação na Atenção Básica

Acreditamos que nesse momento você esteja refletindo sobre quanto conhecimento, habilidades e atitudes são necessários para que a dispensação seja realizada de forma adequada. Realmente, a atuação clínica do farmacêutico requer preparo satisfatório. Contudo, devemos considerar a existência de vários recursos que nos auxiliam na prática clínica.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

É comum o farmacêutico não saber tudo sobre as mais diversas doenças apresentadas pelos pacientes ou sobre o tratamento delas. Mas as informações estão facilmente disponíveis com o avanço da tecnologia e, assim, basta ter postura proativa e buscar o conhecimento.

Para compreender melhor sobre os problemas de saúde e seu manejo, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são leituras obrigatórias, além dos livros didáticos e artigos científicos. A consulta a esses materiais pode acontecer antes da dispensação (numa espécie de educação continuada), durante ou após o serviço, de tal forma que sirva à qualificação das informações que você fornecerá ao paciente. Os protocolos clínicos podem ser encontrados na internet utilizando buscadores (como o Google®) ou em *sites* como os do Ministério da Saúde, por exemplo:

» **Cadernos de Atenção Básica**, disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index;

» **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**, disponível em: http://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes.

Algumas sociedades médicas também costumam publicar diretrizes que se tornam referências no cuidado. Como exemplo, citamos:

i) **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**, disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf;

Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017, da Sociedade Brasileira de Cardiologia, disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf;

ii) **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**, disponível em: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf;

Atualizações para:

» **Diabetes mellitus tipo 2**, disponível em: https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd_dm2_2019_2.pdf;

» **Diabetes gestacional**, disponível em: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/Consenso_Brasileiro_Manejo_DMG_2019.pdf;

iii) **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma**, disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Diretrizes__Sociedade_Brasileira_Pneumologia-Tisiologia_Manejo_Asma-2012.pdf.

Por sua vez, as informações sobre medicamentos estão disponíveis em monografias, as quais também podem ser encontradas por meio dos buscadores na internet. O **Formulário Terapêutico Nacional** (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf) tem a monografia dos medicamentos incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Além disso, pelo **Portal Saúde Baseada em Evidências** (http://www.psbe.ufrn.br/) é possível ter acesso gratuito a programas internacionais como o Micrdomedex® e Dynamed®, os quais reúnem uma infinidade de monografias sobre medicamentos utilizados no Brasil e em outros países. Além disso, *sites* como **Drugs.com** (https://www.drugs.com/) e **Medscape** (https://www.medscape.com/) são úteis nesse tipo de busca, disponibilizando também informações sobre os problemas de saúde.

A busca por artigos científicos pode ser realizada em bases como **Pubmed** (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/), **Lilacs** (http://lilacs.bvsalud.org/), **Portal Regional da Saúde** (https://bvsalud.org/), **Google Acadêmico** (https://scholar.google.com.br/scholar?q=), entre outros.

Independentemente do tipo de informação que estiver buscando (protocolos, diretrizes, monografias e afins), procure por fontes de bom nível de evidência científica. Evite sites e quaisquer outras fontes cujo conteúdo esteja desatualizado ou não tenha compromisso com os achados científicos disponíveis na literatura.

O registro da dispensação pode ser realizado pelo sistema **Hórus** (http://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus), como discutido anteriormente. Além disso, o prontuário do paciente poderá ser acessado pelo **e-SUS AB** (https://aps.saude.gov.br/ape/esus), o que já vimos em módulos anteriores deste curso.

Outro recurso fundamental para a dispensação são as habilidades de comunicação. Para conhecer mais a respeito, sugerimos consultar a literatura especializada e revisitar as *Aulas 9 e 10*, que compõem o *Módulo 2** deste curso.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Saiba mais!

Para saber mais sobre as habilidades de comunicação, sugerimos a leitura do livro de Bruce Berger, intitulado **Habilidades de Comunicação para Farmacêuticos**, publicado pela Pharmabooks, em 2011.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 5* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*.
As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no *vol. 2* desta mesma coleção, *Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico*.

Considerações finais

Acreditamos que com esta aula você tenha se sensibilizado sobre a importância da dispensação e atualizado seus conhecimentos sobre como realizá-la. Esse serviço é essencial para a universalidade, equidade e integralidade do cuidado em saúde. Nesse contexto, deve-se zelar para que o uso do medicamento aconteça de forma racional, uma vez que o simples fornecimento do medicamento não garante os resultados terapêuticos esperados.

Em uma análise farmacoeconômica de estudos sobre dispensação e uso de psicofármacos, verificou-se que o custo do tratamento de transtornos mentais pode ser maior que os benefícios obtidos devido à ocorrência de eventos negativos associados ao uso inadequado desses medicamentos[22]. Isso evidencia que o tratamento das doenças psiquiátricas pode ser desfavorável para o sistema de saúde se não houver uma postura mais ativa do farmacêutico e sua equipe na dispensação/entrega de medicamentos. Os autores do referido estudo verificaram também que, quando o farmacêutico atua ativamente na dispensação, aumenta em aproximadamente 19% o número de prescrições atendidas integralmente, em 42% a identificação de irregularidades técnicas nas prescrições, em 80% o acesso aos medicamentos que estão na Rename, ao passo que reduz para 1% as prescrições com itens não presentes na Remume ou em falta no sistema e aumenta para 94% o número de prescrições em conformidade com a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a Denominação Comum Internacional (DCI). No caso específico dos psicofármacos, observou-se nesses estudos que as intervenções realizadas durante a dispensação podem melhorar em 8,3% a qualidade de vida dos pacientes, resultando numa razão de benefício-custo na ordem de 2,5, comprovando que a dispensação é custo-benéfica ao sistema de saúde. O mesmo resultado pode ser extrapolado para medicamentos de outra natureza, uma vez que não existe tratamento que seja completamente inerte a problemas de segurança.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Em adição, pela PNAUM observou-se que mais da metade das farmácias básicas brasileiras contam com menos de 10 m^2 de espaço para dispensação de medicamentos, 23,8% possuem grades ou barreiras entre usuários e dispensador e quase 60% não dispõem de sistema informatizado[13]. Isso interfere negativamente sobre a oferta adequada da dispensação, o que é reafirmado pelo fato de quase 80% dos farmacêuticos que trabalham em farmácias básicas não desenvolverem qualquer atividade clínica no estabelecimento onde estão alocados. Resultado semelhante foi verificado em farmácias privadas do Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil[10,11].

Convém ponderar ainda sobre o tempo de duração da dispensação. Pesquisadores observaram que 81,5% dos pacientes não demonstram bom nível de conhecimento quanto ao uso dos medicamentos após uma "dispensação" com duração média de 2,6 minutos[7]. Contudo, a literatura mostra que a média do tempo de duração desse serviço no Brasil varia de 18 a 53 segundos[23,24]. Isso evidencia que, embora intitulado como "dispensação", o serviço realizado nas pesquisas citadas certamente foi apenas uma entrega de medicamentos, desprovida do fornecimento de orientações adequadas. Durante nosso estudo sobre a sistematização do serviço, vimos que a dispensação tende a demandar mais tempo quando o paciente vai iniciar o tratamento. Entretanto, o tempo de realização da dispensação tende a diminuir à medida que o paciente volta à farmácia para a retirada dos mesmos medicamentos.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Mas, e os pacientes impacientes? Aqueles que não estão acostumados a receber orientações?

Isso, caros farmacêuticos, cabe a nós mudar! Tradicionalmente as pessoas se acostumaram a chegar na farmácia, pegar o medicamento e ir embora, como se a farmácia fosse o *drive-thru* de uma rede de *fast food*. Falta à população conhecimento e experiências positivas sobre o verdadeiro papel do farmacêutico na farmácia para compreender a motivação da dispensação e demandar pelo serviço, haja vista termos nos distanciado da atuação clínica por algumas décadas e nos escondido atrás das atividades meramente gerenciais em detrimento do contato mais próximo com o paciente.

Cabe ao profissional farmacêutico ser protagonista na revolução pela mudança dessa realidade. A realização da dispensação precisa ser sistematizada e de fato implantada nas farmácias para que os investimentos no acesso ao medicamento se traduzam em melhores níveis de saúde e qualidade de vida na comunidade. Isso favorecerá também o reconhecimento da importância do farmacêutico na equipe de saúde e a valorização de seu papel profissional na sociedade.

Síntese da Aula

Nesta aula estudamos e discutimos a dispensação como um serviço clínico que se fundamenta na filosofia de prática do Cuidado Farmacêutico, definida e normatizada por políticas e resoluções. Na sistematização do serviço, vimos que a dispensação envolve as etapas de acolhimento, análise da prescrição, separação, avaliação da farmacoterapia, plano de cuidado e registro do serviço. Não obstante, apresentamos algumas ferramentas que ajudam na realização do serviço e refletimos sobre questões inerentes à prática da dispensação. Esperamos que com o estudo desta aula você esteja mais preparado para realizar o serviço de forma mais efetiva, fornecendo não apenas o produto prescrito, mas, também, as orientações que o paciente precisa para fazer uso racional dos medicamentos.

Glossário

Dispensação: serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde, ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados.

Itinerário terapêutico: constitui-se nos percursos ou movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação/recuperação da saúde. Podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes (atenção primária, urgência etc.). Em outras palavras, refere-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória.

Referências

1. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Brasília, DF, abr. 2001 [acesso em 20 nov. 2019]. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf.

2. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasilia: Conselho Federal de Farmácia; 2016.

3. Brasil. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, n. 215-E, Seção 1, p. 18-22. Brasília, DF, 10 nov. 1998 [acesso em 20 nov. 2019]. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf.

4. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ago. 2014 [acesso em 20 nov. 2019]. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2014/lei-13021-8-agosto-2014-779151-normaatualizada-pl.pdf.

5. Angonesi D, Rennó MUP. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. Cien Saude Colet. 2011;16(9):3883-91.

6. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amazônica Saúde. 2011;2(3):41-9.

7. Oenning D, Oliveira BV de, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. Cien Saude Colet. 2011;16(7):3277-83.

8. Brasil, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2009 [acesso em 20 nov. 2019]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_44_2009_COMP.pdf/2180ce5f-64bb-4062-a82f-4d9fa343c06e.

9. Reis TM, Pereira ML. The Brazilian Pharmacist's role in dispensing drugs in the pharmaceutical care scenario. J Appl Pharm Sci – JAPHAC. 2016;3(S1):11-3.

10. Reis TM, Rocha KSS, Barros IMC, Santos LMC, Paixão FP, Almeida FHO, et al. Pharmacists' skills in conducting clinical services in community pharmacies in urban areas of northeast Brazil. Lat Am J Pharm. 2015;34(4):725-31.

11. Reis TM, Guidoni CM, Girotto E, Rascado RR, Mastroianni PC, Cruciol JM, et al. Knowledge and conduct of pharmacists for dispensing of drugs in community pharmacies: a cross-sectional study. Brazilian J Pharm Sci. 2015;51(3):733-44.

12. Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. Bmj. 2019;366:l4185.

13. Leite SN, Bernardo NLMC, Alvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. Rev Saude Publica. 2017;51(51):1-10.

14. Soares L, Diehl EE, Leite SN, Farias MR. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. Brazilian J Pharm Sci. 2013;49(1):107-16.

15. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasilia, DF: Ministério da Saúde; 2009.

16. Bernardo NLM da C, Hoepfner L. Serviço de dispensação: um serviço de saúde. In: Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F, editors. Atuação clínica do farmacêutico. Florianópolis: Editora da UFSC; 2016. p. 353. [acesso em 21 nov. 2019]. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187553/5%20-%20Atua%C3%A7%C3%A3o%20cl%C3%ADnica%20do%20farmac%C3%AAutico%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

17. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. [Homepage da Internet]. [acesso em 20 nov. 2019]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/sobre-o-programa/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus.

18. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasíla: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 20 nov. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.

19. Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná (CRF-PR). Manual para a dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial. 4ª ed. 2015 [acesso em 20 nov. 2019]. Disponível em: https://crf-pr.org.br/uploads/pagina/25664/Manual_Dispensacao_de_Medicamentos_4_Edicao.pdf.

20. Brasil. Sistema de Controle de Acesso WEB do Ministério da Saúde (SCAWEB). [acesso em 21 nov. 2019]. Disponível em: http://scaweb.saude.gov.br/scaweb/CAWEBSistema de Controle de Acesso WEB do Ministério da Saúde

21. Correr C, Otuki M. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013. 434 p.

22. Cruz ELCM, Maduro LCS, Pereira LB, Cazarim MS, Reis TM. Dispensação de psicofármacos e orientação farmacêutica no balcão da farmácia. In: Cuidado Farmacêutico – Pacientes com doenças doenças psiquiátricas. São Paulo: Atheneu; 2018. p. 209-21.

23. Naves JOS, Silver LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. Rev Saude Publica. 2005;39(2):223-30.

24. Santos V, Nitrini SMOO. [Prescription and patient-care indicators in healthcare services]. Rev Saude Publica [Internet]. 2004 [acesso em 20 nov. 2019];38(6):819-26. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15608900

Material Complementar

Berger BA. Habilidades de comunicação para farmacêuticos. São Paulo: Pharmabooks, 2011.

Reis, TM. Conhecimento e habilidades do farmacêutico para a atuação clínica em farmácias comunitárias. In: Associação Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Pereira LR; Farias MR; Castro MS, organizadores. Profarma – Programa de Atualização em Ciências Farmacêuticas: da Assistência Farmacêutica à Farmácia Clínica. Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 11-52.

Varallo FR, Mastroianni PC. Farmacovigilância: da teoria à prática. São Paulo: Editora Unesp; 2013 [acesso em 20 nov. 2019]. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/113722/ISBN9788539304158.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Autor

Tiago Marques dos Reis

Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Alfenas, mestrado em Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e doutorado em Ciências pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Trabalhou como consultor técnico no Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Coordenou o Curso de Capacitação em Dispensação de Medicamentos (modalidade à distância). Foi tutor no curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - UFSC/MS e no PET-Saúde/GraduaSUS. Atualmente, é professor adjunto na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Alfenas. Membro do Grupo de Pesquisa em Assistência Farmacêutica da UNIFAL-MG e colaborador no Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica da FCFRP-USP. Possui experiência na área de Farmácia Clínica e Assistência Farmacêutica.

Aula 24

Método clínico: monitoramento do plano de cuidado, das metas estabelecidas e dos indicadores individuais

Autor: Rangel Ray Godoy

Aula 24 - Método clínico: monitoramento do plano de cuidado, das metas estabelecidas e dos indicadores individuais

Ementa da aula

Esta aula aborda a gestão clínica do cuidado (responsabilização pelo usuário) com a utilização de objetivos e metas para o controle e de indicadores para o monitoramento das condições clínicas do paciente.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem

Definir objetivos e metas terapêuticas para o tratamento e propor indicadores para o monitoramento das condições clínicas do paciente.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Estamos chegando nas etapas finais do curso, então chegou a hora de abordar conceitos, discutir e refletir sobre a monitorização do plano de cuidado. Nas últimas aulas você aprendeu como desenvolver um plano de cuidado, baseado nas necessidades e expectativas do paciente, em conjunto com esse paciente e, quando necessário, acordado com a equipe de saúde da Atenção Básica e de outros serviços.

Agora vamos abordar uma etapa deveras importante que está diretamente relacionada com as anteriores, que é a monitorização do plano de cuidado. Podemos resumir esse tema em algumas perguntas:

O plano está sendo factível e seguido pelo paciente?

O plano está tendo o efeito esperado?

Surgiram novos elementos, durante o tratamento, que demandam modificação do plano de cuidado?

Como posso saber, de maneira objetiva, que o plano está gerando resultados intermediários e finais no meu paciente?

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Na Atenção Básica a atenção ao paciente normalmente se dá de maneira longitudinal, considerando o modelo orientado às condições crônicas, que se baseia na continuidade do cuidado e no suporte ao autocuidado. Dessa forma, a maioria dos profissionais desenvolve um acompanhamento ao paciente com inúmeros encontros durante o tratamento. O tempo de acompanhamento, a frequência e periodicidade das consultas vão depender da gravidade do caso, dos riscos identificados, do tipo de doença, das metas estabelecidas e da evolução do paciente no decorrer do tempo. No cuidado farmacêutico, especialmente quando desenvolvido no contexto da Atenção Básica, é imprescindível a reavaliação do paciente para verificar se as estratégias pactuadas estão sendo desenvolvidas e se as metas acordadas estão sendo atingidas[1].

Muitos pacientes buscam o acesso ao cuidado através das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as quais estão desenhadas para atender casos de urgência e emergência. As UPA têm sido utilizadas como porta de entrada para usuários com demandas que deveriam ser atendidas pela Atenção Básica. Muitos pacientes procuram as UPA devido a sintomas decorrentes da descompensação ou complicação advinda de uma doença crônica que não está sendo controlada. Uma grande preocupação é que nesse ponto de atenção não há reavaliação do paciente após a conduta. Sem um acompanhamento adequado do caso pode ser muito difícil identificar quais elementos estão na gênese de uma descompensação, propor soluções e verificar a evolução do paciente[2].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

É por essa e outras razões que, nesta aula, vamos estudar a avaliação de um plano de cuidado, bem como os mecanismos de monitorização e acompanhamento para verificar o alcance das metas terapêuticas pactuadas entre profissional e paciente. Discutiremos também de que maneira poderemos estabelecer novas metas a depender dos resultados anteriores além de entender como utilizar indicadores de efetividade do atendimento.

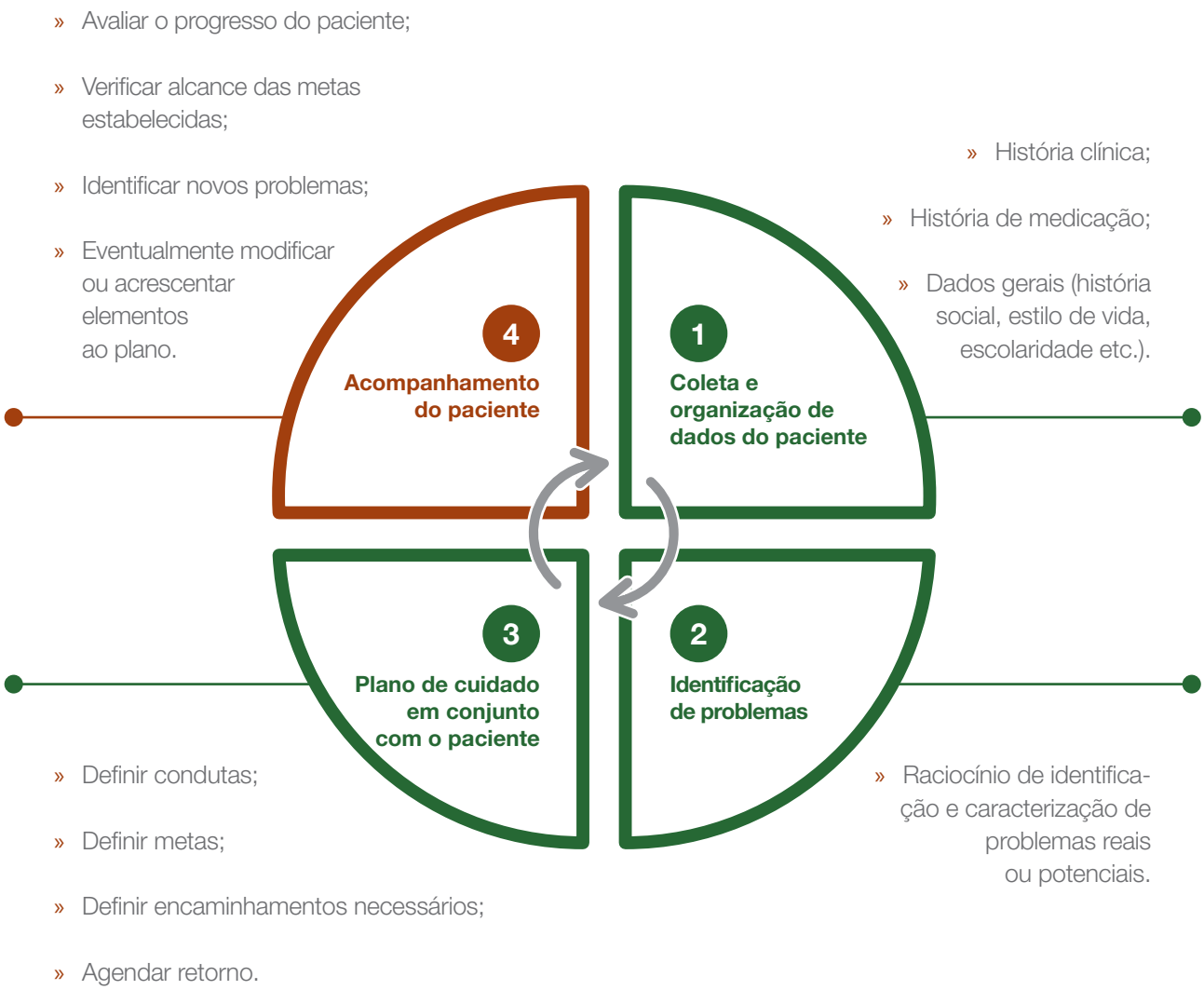
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Acompanhamento ao paciente: etapa final do método clínico no cuidado farmacêutico

Como já vimos nas aulas anteriores, o cuidado farmacêutico também se manifesta através de atividades clínicas. A consulta farmacêutica possui um protagonismo incontestável nesse cenário. O atendimento clínico do farmacêutico se inicia com a primeira consulta que acontece através de (1) uma boa coleta de dados na qual é possível (2) detectar uma série de problemas, normalmente problemas (reais ou potenciais) relacionados à farmacoterapia e, a partir disso, (3) pactuar condutas no sentido de resolver os problemas. A próxima etapa, que compreende a avaliação dos resultados com relação às metas e a identificação de novos problemas, é o que normalmente chamamos de (4) acompanhamento do paciente. Essa etapa se diferencia por se repetir ao longo do tempo (Figura 7)[3].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Figura 7. Etapas do método clínico, com foco nos elementos de acompanhamento do paciente



Fonte: Elaborada a partir de Correr e Otuki[3].

Na medicina da família costuma-se trabalhar com o conceito de episódio de cuidado, que é definido como qualquer tipo de atenção prestada a um indivíduo desde o primeiro contato (consulta inicial) até o último encontro do paciente com o profissional para resolver ou controlar um problema de saúde. Sendo assim, um episódio de cuidado pode durar mais de uma consulta ou mesmo nunca se encerrar, a depender do problema do paciente (como é o caso de pacientes com doenças crônicas que necessitam de avaliação periódica)[4].

No caso do cuidado farmacêutico na Atenção Básica, em um cenário ideal, o nosso "episódio de cuidado" só termina quando forem resolvidos todos (ou pelo menos os principais) problemas relacionados à farmacoterapia. O acompanhamento do paciente é o coração do método clínico no cuidado farmacêutico. É essa etapa que torna o cuidado farmacêutico focado no paciente e orientado nos desfechos clínicos e não apenas no uso dos medicamentos.

Estratégias para monitoramento e acompanhamento

Ao final da consulta inicial, o farmacêutico e o paciente acordam um plano de cuidado. Note que nesse plano é estabelecido um prazo para retorno e avaliação (monitoramento dos resultados), em um novo encontro entre profissional e paciente. Logo, o plano de cuidado sempre pressupõe o estabelecimento de uma reavaliação e, em muitos casos, já estabelece um acordo de acompanhamento a longo prazo[5].

Em serviços de cuidado farmacêutico é comum que o profissional utilize um formulário de atendimento. Apesar de não ser um elemento obrigatório, esse formulário auxilia na execução e documentação da consulta, bem como no processo de acompanhamento e evolução do caso. Cada serviço pode desenvolver um formulário próprio para que atenda determinadas especificidades. Lembre-se de que esse registro interno da consulta não substitui o registro do atendimento no prontuário informatizado da unidade de saúde[1].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Assim como a forma e o conteúdo das consultas, os formulários de primeira consulta e de consultas de retorno também apresentam algumas diferenças. Para cada paciente há um compilado de registros de consulta que compõem seu histórico de atendimento[5].

É importante que haja um espaço nesse formulário reservado para os registros dos problemas de saúde e queixas, assim como o *status* do estado clínico de cada problema ou queixa. Também deve haver um espaço para registro dos problemas encontrados. O *status* dos problemas de saúde e os problemas da farmacoterapia são os elementos centrais nos quais o cuidado farmacêutico está alicerçado. Eles se modificam com o tempo e devem ser reavaliados em cada consulta[5].

Além disso, é importante que sejam documentadas nesse formulário específico, as condutas acordadas entre farmacêutico e paciente. Essas condutas visam complementar informações da consulta inicial, promover melhoria na adesão, corrigir problemas relacionados à farmacoterapia, estimular a autonomia do paciente e, finalmente, fixar uma data de retorno. Note que os elementos que constituem o plano de cuidado estão intimamente ligados à continuidade da atenção.

Acompanhamento no atendimento a paciente com problemas crônicos

Na Atenção Básica normalmente o farmacêutico realiza ações de cuidado com pacientes que apresentam problemas de saúde crônicos, como diabetes, hipertensão, artrite, dislipidemia, doenças respiratórias crônicas, entre outros. Muitas vezes há pacientes que apresentam mais de uma comorbidade crônica. Assim, na maioria das vezes um acompanhamento contínuo do paciente é necessário para se verificar os desfechos terapêuticos[6]. Veja o exemplo a seguir de um caso real de um paciente com policomorbidade crônica e polimedicado, em que o farmacêutico documenta de forma resumida as ações pactuadas com o paciente ao final de cada consulta.

Quadro 3. Documentação das ações pactuadas durante três episódios de consulta com um paciente

Ações acordadas com o paciente (primeira consulta):
1. Encaminhamento ao médico para diagnóstico de queixa oftalmológica (com informe ao médico)
2. Monitoramento residencial da FC por 5 dias consecutivos (entregue instrumento de autoavaliação)
3. Monitoramento residencial da pressão arterial por 5 dias consecutivos (entregue instrumento de autoavaliação)
4. Solicitação do exame de TSH
5. Contato telefônico em 15 dias
6. Retorno em 1 mês para reavaliação
Ações acordadas com o paciente (segunda consulta):
7. Encaminhamento ao médico da UBS sugerindo substituição da glicazida por outra sulfanilureia devido à dificuldade de acesso (com informe ao médico)
8. Discutir com a equipe as queixas de dores de cabeça
9. Realização de caminhadas diárias com duração de 30 min/dia
10. Retorno em 1 mês para reavaliação
Ações acordadas com o paciente (terceira consulta):
11. Tomada da sinvastatina à noite
12. Tomada da levotiroxina com água 1 hora antes do café da manhã
13. Tomada do omeprazol às 8h em jejum
14. Realização do monitoramento da glicemia; jejum e pós-prandial por 4 dias (junto à enfermagem)
15. Verificação dos valores de monitoramento com a equipe de enfermagem
16. Retorno em 3 meses avaliar adesão e efetividade

Fonte: Elaborado a partir de Godoy, 2017[7].

Note que essas ações pactuadas também podem ser documentadas no modelo SOAP, no espaço reservado para o plano de cuidado. Mas, vamos nos ater aos tipos de ações realizadas no exemplo. Na primeira consulta, na linha 1, o farmacêutico identificou uma queixa de um problema que necessitava de avaliação médica para diagnóstico e tratamento; nas linhas 2 e 3 o farmacêutico solicita a realização de automonitoramento, com a finalidade de avaliar efetividade da farmacoterapia, pactuando de maneira objetiva o tempo de monitoramento; na linha 4 o farmacêutico solicita a realização de exame laboratorial com finalidade idêntica às duas anteriores.

Na consulta de retorno verifica-se, nas intervenções das linhas 7 e 8, ações junto ao médico (para modificação da farmacoterapia) e equipe de saúde (compartilhamento do caso e discussão em equipe). Na linha 9 verifica-se uma conduta na qual o farmacêutico estimula a autoeficácia, concordando metas de mudança de comportamento e estilo de vida.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Na terceira consulta o farmacêutico já dispõe da maioria das informações para avaliação da efetividade da farmacoterapia e identifica problemas de adesão cuja estratégia de solução é concordada em ações especificadas nas linhas 11, 12 e 13. Na linha 14 há uma concordância na realização de monitoramento da glicemia. Ainda é possível que tenha havido condutas realizadas durante a consulta, como provisão de informação e educação ao paciente para estimular o autocuidado, mas que não foram descritas nesse espaço do prontuário.

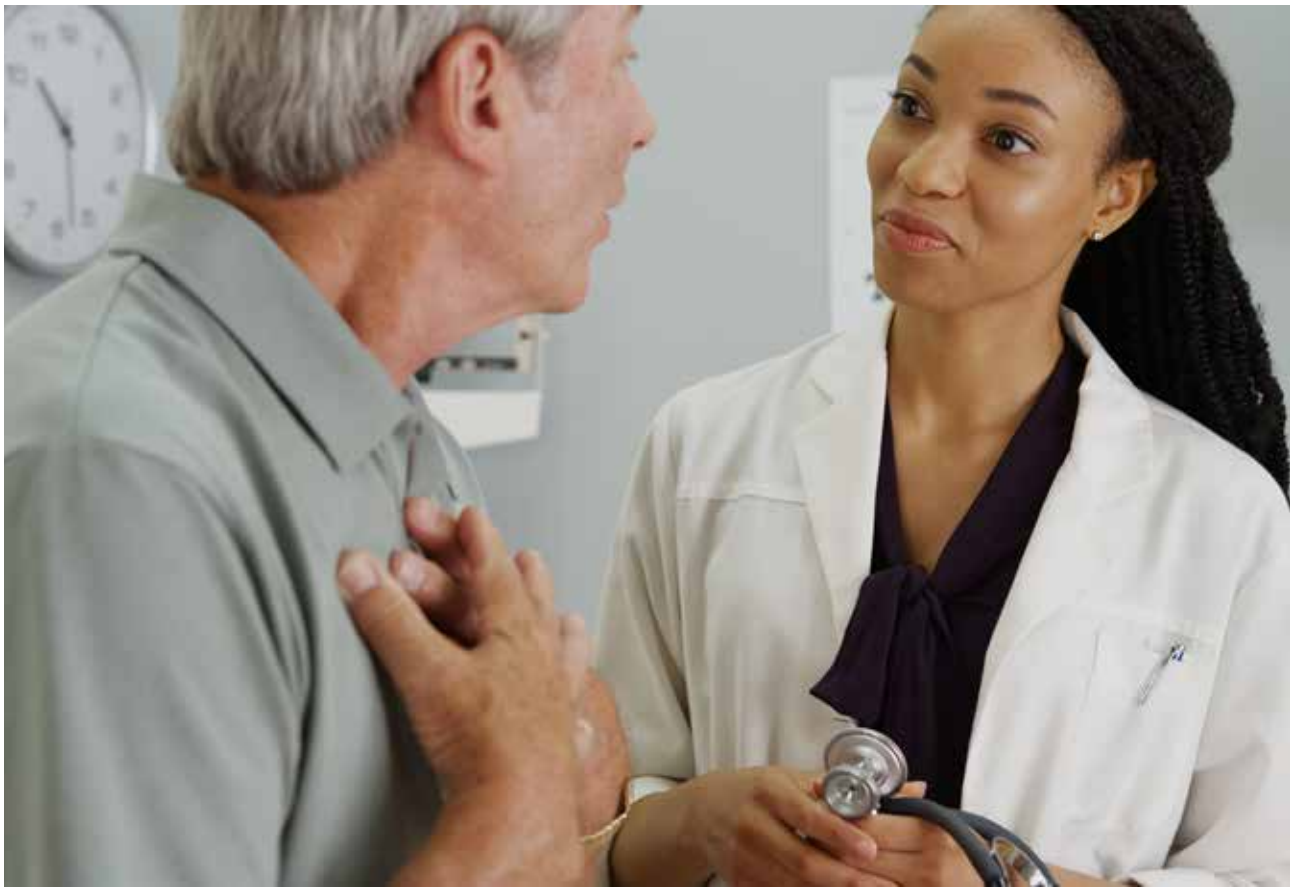
Perceba que as estratégias contêm elementos objetivos com prazos bem definidos a partir dos quais, nas 3 consultas (linhas 5, 6, 10, 15 e 16) verifica-se o elemento da **reavaliação do paciente**. Na elaboração do plano de cuidado está a ponte para a reavaliação e seguimento, na qual é definido um prazo para que o paciente retorne à consulta para verificação dos resultados das condutas ao longo do tempo.

O **tempo estabelecido entre as consultas** depende de muitos fatores como gravidade identificada de uma condição, risco relacionado à farmacoterapia, tempo para que determinada conduta surta efeito mensurável, mas também guarda relação com o estabelecimento de vínculo, preferências do paciente e com a continuidade do cuidado. Normalmente as primeiras consultas têm menor intervalo de tempo, no entanto, geralmente, esses intervalos tendem a aumentar à medida que o paciente se sinta bem e os problemas identificados sejam resolvidos[3].

Verificamos também nas linhas 5 e 15 um seguimento realizado a partir de contato telefônico e informações obtidas com a equipe. Esse tipo de seguimento se dá normalmente entre as consultas presenciais e reduz o custo do cuidado, aumenta a frequência de contato e pode aumentar a satisfação do paciente com o serviço e o sistema de saúde.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Outro elemento associado ao seguimento do plano de cuidado é a **definição das prioridades**. É comum no cuidado farmacêutico desenvolvido na Atenção Básica atender pacientes bastante complexos, do ponto de vista clínico. Esses pacientes podem necessitar de acompanhamento por longo prazo e em muitos casos será necessário estabelecer critérios de prioridade na abordagem a esse usuário. De maneira geral, a queixa principal, os quadros graves e problemas que podem gerar risco de hospitalização são considerados de altíssima prioridade, ao passo que problemas de efetividade e de segurança da farmacoterapia que gerem riscos iminentes ao paciente são considerados de alta prioridade e problemas que não oferecem risco iminente ao paciente podem ser considerados de média ou baixa prioridade[3].



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Acompanhamento a pacientes com problemas agudos

Apesar de o cuidado farmacêutico na Atenção Básica se pautar no modelo de atenção às condições crônicas de saúde, a realidade epidemiológica do Brasil ainda é composta por uma tripla carga de doenças, com uma agenda que envolve infecções, infestações, intoxicações etc. Assim, em alguns casos (ou em alguns tipos de desenho de serviço), o farmacêutico pode atender pacientes que se apresentam com queixas (sintomas) de problemas não diagnosticados. Normalmente são pacientes mais jovens, que buscam atendimento por demanda espontânea e que não utilizam medicação crônica. Nesses casos, cabe ao farmacêutico realizar uma anamnese adequada com a intenção de classificar a queixa entre duas realidades possíveis:

- trata-se de um **problema menor de saúde**: problema autolimitado que pode ou não necessitar de tratamento paliativo; ou
- trata-se de um **problema maior de saúde**: existem sinais de alerta que indicam que a queixa pode representar um problema mais preocupante e que o paciente necessita de avaliação e diagnóstico médico. Em casos como esses, a conduta sempre envolve o encaminhamento do paciente a um médico ou eventualmente a outro profissional de saúde, como odontólogo ou nutricionista[7].

Esse tipo de ação do farmacêutico é importante para reduzir a lotação das consultas médicas. A ação do farmacêutico identifica pacientes com problemas que podem ser resolvidos sem necessidade de diagnóstico médico e de prescrição de medicamentos, encaminhando para consulta médica somente aqueles que realmente necessitam desse serviço[7].

Mas, e no caso de o farmacêutico atender um paciente com um problema autolimitado, existe algum tipo de acompanhamento do caso por parte do farmacêutico?

Veja o exemplo de um atendimento desse tipo documentado através do método SOAP:

S Paciente refere dores de garganta que o incomodam mais no período da manhã, febre baixa (sem medida), mal-estar geral e rinorreia. Afirma que os sintomas começaram há dois dias. Nega uso prévio de medicamento e doenças diagnosticadas.

O PA: 13/90 mm/Hg; Temperatura: 37 °C.

A Os sintomas sugerem um resfriado de origem viral, sem presença de sinais de alerta.

P Orientado e acordado com o paciente o uso de medicação paliativa sintomática (paracetamol 750 mg de 8x8h, por 5 dias), repouso e aumento do consumo de água no período. Retorno imediato em caso de piora dos sintomas. Reavaliar através de contato telefônico em 5 dias.

Como ilustra o caso acima, o paciente é identificado com um problema agudo autolimitado. É sugerido ao paciente um medicamento não tarjado. Além das orientações do farmacêutico também é combinada a **reavaliação do caso**, para garantir a efetividade da conduta. Nesse caso, o farmacêutico preferiu, em vez de realizar uma consulta de retorno, para não gerar deslocamento e custos desnecessários ao paciente, fazer a reavaliação através de contato remoto, pois o importante é avaliar o processo de recuperação do paciente (piora dos sintomas ou melhoria do quadro clínico).

Suponhamos que em um atendimento, em vez de identificar um problema autolimitado, o farmacêutico identificou sinais de alerta e encaminhou o paciente a outro profissional de saúde. Nesse caso, é necessário o retorno?

Sim, ainda assim é importante que o farmacêutico verifique qual foi o resultado desse encaminhamento. Ele pode fazer isso através de contato direto com o paciente, por meio do prontuário clínico ou entrando em contato com o profissional para o qual o paciente foi encaminhado. Portanto, lembre-se: o cuidado farmacêutico nunca se encerra em um episódio de primeira consulta!

Estratégias de reavaliação:

Consultas de retorno, avaliação por telefone, visita domiciliar, verificação de informações no prontuário, verificação de informações com a equipe de saúde;

Tempo para reavaliação:

Depende da avaliação do farmacêutico sobre a gravidade do caso, do tempo para início do efeito da conduta pactuada, das preferências/limitações do paciente.

O plano de cuidado é o momento em que se faz a ponte para o acompanhamento. Um plano, por si só, prevê o alcance de determinados objetivos ao longo do tempo. Portanto, em cada consulta a definição de um plano deve conter um elemento relacionado ao planejamento temporal do cuidado.

O modelo de atendimento farmacêutico sugerido para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica e instrumentado pelo método clínico discutido neste curso é orientado para as doenças crônicas. Nesses casos, o retorno ambulatorial sempre deve ser preferido como estratégia de acompanhamento farmacêutico na etapa de avaliação do plano de cuidado. Nesse sentido, discutiremos a seguir a estrutura usual de uma consulta de retorno.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Consultas de retorno

As consultas de retorno são o coração do cuidado farmacêutico, pois operacionaliza a longitudinalidade do cuidado e, por ser tão importante ao método, vamos dedicar um tempo refletindo sobre sua estrutura e seu papel.

Primeiramente, as **consultas de retorno permitem as coletas de dados que não puderam ser avaliados em primeira consulta ou na consulta anterior**. Isso porque, no escopo de uma consulta inicial, a depender da complexidade do caso, pode não ser conveniente abordar todas as condições de saúde do usuário, avaliar todas as queixas, verificar todos medicamentos, posologia, adesão, segurança, experiência com a medicação, hábitos de vida, entre outros[8,9]. Lembre-se da importância de priorizar questões mais urgentes, principalmente relacionadas à segurança do paciente.

Atenção!

Como a avaliação farmacêutica se pretende integral (entendendo o indivíduo como um todo e não em partes), muitos farmacêuticos inexperientes julgam (de maneira equivocada) que precisam coletar todos os dados e gerar condutas para todos os problemas de um paciente no primeiro encontro. Não se engane! Isso pode gerar consultas iniciais excessivamente longas, cansativas e ineficientes.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

As **consultas de retorno também geram maior cumplicidade entre profissional e paciente, fortalecendo e estreitando a relação deste com o serviço de saúde**. Do ponto de vista comunicacional, como o profissional já conhece os principais problemas do paciente, ele pode direcionar a consulta para verificação de resultados, tornando-a mais eficiente. O paciente, por sua vez, adquire mais confiança no profissional e expõe novos problemas ou falhas no plano estabelecido com mais tranquilidade. Veja no diálogo a seguir o exemplo dos minutos iniciais de uma consulta de retorno (Figura 8).

Figura 8. Transcrição da introdução de uma consulta de retorno

F1: Tudo bem, seu AT?

P: Tudo bem e vocês?

F1: Tudo certo. Como que o senhor tá?

P: Eu tô até bem né.

F1: Melhorou?

P: Sim, mas... Sabe aquela dor que, como que é? (Volta o olhar para a cuidadora)

C: O cateterismo.

F1: O cateterismo, tinha passado essa dor né?

P: Passou, mas... não sei por quê. Fiz muita força, deu uma dorzinha pouca. Só a hora que sobe assim, bem. Mas isso foi só uma vez.

F1: É?

P: Eu tô bem.

F1: Só quando se esforça bastante?

P: É. Se esforça bastante no sábado e domingo subindo, mas é difícil.

F1: Entendi. Então vamos prestar atenção nessa dor. Se piorar o senhor me avisa. E dos sintomas urinários do senhor? Melhorou?

P: Esse aí me me me melhorou uns tempos, mas aí depois que eu vim aqui uma vez, não sei se foi na na vez à noite eu arruinei, porque eu deixei de tomar... um remédio.

C: Um remédio da próstata que ele tá tomando um…

F1: É...

C: E nós não lembrou que tinha que ter feito, doutora. Aí eu fui na farmácia comprar.

Fonte: Elaborado a partir de Godoy, 2017[7] e Imagem - Flaticon ©.

Perceba que no diálogo acima não existe necessidade de introdução da consulta. Paciente, cuidador e farmacêutico já se reconhecem e reconhecem seus papéis. Note que a farmacêutica direciona a investigação para avaliação do estado clínico atual dos problemas abordados na última consulta "melhorou?". Por sua vez o paciente aproveita o espaço para expor uma nova queixa (pouco explorada pela farmacêutica nesse momento). Depois a farmacêutica identifica um tema que já foi discutido na consulta anterior, que é o problema de próstata. Paciente e cuidadora expõem elementos que indicam piora do quadro, o qual ambos relacionam com um episódio de não adesão não intencional.

De maneira ilustrativa, podemos considerar uma estrutura geral para uma consulta de retorno da seguinte maneira:

1 Questão aberta investigando QP. Aqui o farmacêutico investiga o problema que preocupa o paciente. Poderá ser um novo sintoma, o mesmo da consulta anterior ou ainda estar relacionado com o plano de cuidado acordado na última consulta, sendo, nesse caso, um evento adverso da intervenção. Exemplo: "Bom dia, Seu João! E então, como vão as coisas desde o nosso último encontro?".

2 Avaliação da exequibilidade da conduta acordada na última consulta. Foca na verificação da execução das condutas acordadas nas consultas anteriores, como realização de exames, mudança de estilo de vida, modificação da tomada de algum medicamento, entre outros. Exemplo: "Seu João, e aquilo que a gente tinha combinado na última consulta, deu pra fazer?".

3 Avaliação da efetividade das condutas anteriores. Consiste na reavaliação de sinais, sintomas, exames, ou instrumentos de avaliação específicos para atualizar o quadro clínico do paciente, bem como para verificar a efetividade, segurança e adesão à farmacoterapia. Exemplo: "Agora, Seu João, vamos dar uma olhadinha nos novos exames que o senhor fez e na medida residencial da pressão arterial (MRPA), pra ver como está o controle do diabetes e da pressão do senhor"; "Tem conseguido fazer as caminhadas?"; "O senhor está conseguindo tomar os remédios igual a gente combinou?"; "O médico fez alguma alteração na medicação do senhor?".

4 Avaliação de problemas que não puderam ser avaliados nas consultas anteriores. Exemplo: "Na primeira consulta não deu tempo, mas hoje eu queria aproveitar para falar sobre aquela dor na ponta do dedão que o senhor tinha comentado. Ela continua incomodando?".

5 Aplicação de instrumentos para avaliação da evolução do paciente em algum aspecto. Exemplo: “Seu João, hoje é a nossa terceira consulta e eu vou repetir aquele instrumento da régua, o da percepção geral da saúde (PGS), que a gente fez na primeira consulta, tudo bem?”.

6 Estabelecimento de um novo plano de cuidado ou reforço da continuidade do plano inicial. Exemplo: “Então Seu João, acho que é importante mesmo a gente substituir esse medicamento, já que ele não está fazendo o senhor se sentir bem. Por sorte, temos outras opções terapêuticas, como já expliquei para o senhor. Então o senhor vai marcar a consulta com o médico e quando for atendido entrega esta cartinha aqui, em que faço a sugestão de alteração, pode ser? Vamos ver se ele concorda, né? No mais, seguem as orientações que a gente tinha combinado anteriormente”.

7 Combina a data do retorno. Exemplo: “Então, será que a gente pode marcar um retorno para daqui a 3 meses Seu João, nesse mesmo horário?”.

8 Pergunta final de verificação. Exemplo: “Tem mais alguma coisa que o senhor queira colocar hoje, Seu João?”.

Nesses sucessivos encontros o farmacêutico desenvolve uma relação terapêutica de confiança e colaborativa com o paciente, conhece esse indivíduo em sua integralidade, os problemas que o afligem, a farmacoterapia, a história médica pregressa, a rede de cuidado, a história social, os hábitos de vida etc.[3]. É nas consultas de retorno que se verifica a efetividade do cuidado farmacêutico.

Os formulários de atendimento de retorno tendem a ser menos extensos, já que muitos dados sociodemográficos do paciente são usualmente coletados durante a primeira consulta. No formulário de retorno é interessante conter um local reservado para registro dos resultados de condutas anteriores com a finalidade de evidenciar a evolução do paciente[6] (Quadro 4).

Quadro 4. Exemplo de área de um formulário farmacêutico destinada a avaliar as intervenções das consultas anteriores em um prontuário de retorno de um serviço de cuidado farmacêutico

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

Fonte: Souza, 2017 (p. 202)[6].

Assim, a ênfase se dá na atualização das informações sobre estado clínico, farmacoterapia, mudanças de comportamento do paciente e verificação das metas terapêuticas.

Gestão de caso

Nos serviços ofertados pelo Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica o processo de seleção de pacientes normalmente busca oferecer o serviço àqueles que mais necessitam. Por isso é normal que os farmacêuticos da AB atendam pacientes com mais de um problema de saúde (com polimorbidades crônicas e polimedicados e com maior risco para desenvolvimento de PRF). Tendo em vista esse público-alvo, é possível que o farmacêutico venha a se tornar **gestor de caso** de alguns pacientes[10].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A figura do gestor de caso surge na atenção primária com a necessidade de um profissional (ou equipe multiprofissional) que se corresponsabilize (paciente, gestor e rede de suporte) pela saúde de um indivíduo (portador de uma condição ou várias condições de saúde) que se caracterize como um caso complexo ou de alto risco. Ao gestor de caso cabe a responsabilidade de planejar ações em saúde, monitorar resultados, avaliar e coordenar as opções de serviços, considerando-se a necessidade do indivíduo. O gestor de caso deve focar seus esforços para reduzir o impacto da fragmentação e da burocratização dos serviços de saúde na qualidade do cuidado e no desperdício de recursos[10,11] (Figura 9).

Figura 9. Escala de complexidade da condição clínica do paciente crônico e tipo de resposta do sistema de cuidado

Fonte: Adaptado de Mendes, 2010 (p.246)[11].

Quando o farmacêutico se torna gestor de caso, além de realizar o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente, é importante que realize a gestão do cuidado desse paciente na rede de atenção como um todo, se responsabilizando por facilitar o acesso desse indivíduo aos serviços de que necessita, tanto horizontal, como verticalmente no sistema[7,10].

Discutiremos a seguir os mecanismos para avaliação da evolução do quadro do paciente, considerando a resolução dos problemas da farmacoterapia e os desfechos clínicos.

Baseline e evolução clínica do paciente: definição de metas e coleta de indicadores

Em uma consulta farmacêutica, através da coleta e avaliação dos dados do paciente, normalmente é identificada uma série de problemas. A simples identificação desses problemas tem um valor considerável do ponto de vista epidemiológico, pois são dados que, quando medidos e compilados, fornecem **indicadores transversais** de saúde que são muito importantes para a gestão do serviço. Esses indicadores fornecem um panorama sobre a efetividade das ações de cuidado no município, bem como da eficiência do uso de recursos terapêuticos. Essa primeira etapa também estabelece a *baseline* a partir da qual o farmacêutico trabalhará, a qual, por sua vez, explicita um **diagnóstico situacional** do paciente, sinalizando problemas de saúde não controlados, queixas não tratadas ou mesmo pacientes que perderam o acompanhamento do sistema de saúde. Além disso, a *baseline* identifica problemas da farmacoterapia reais ou potenciais e correlaciona com riscos, falha do controle ou cura da doença. Esse é o ponto de partida do acompanhamento farmacoterapêutico[11,13].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

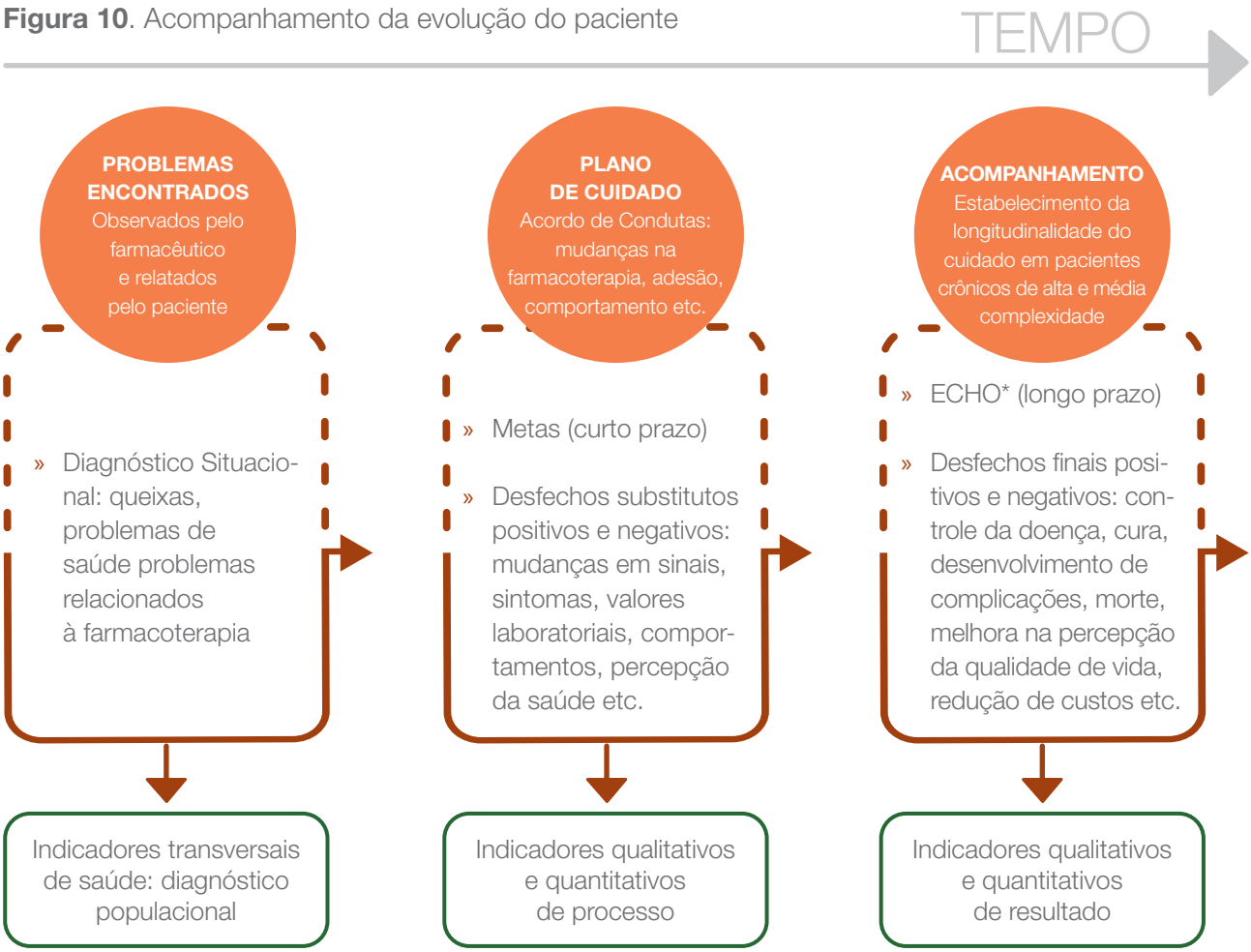
Diante disso, como já discutimos anteriormente, cada problema de saúde ou de farmacoterapia identificado deve conter um plano de cuidado, com condutas específicas (medidas farmacológicas e não farmacológicas) acordadas com o paciente. Esse plano de cuidado precisa ser periodicamente avaliado e, quando necessário, modificado[14]. Nesse plano devem ser acordadas entre profissional e paciente **metas factíveis** e, sempre que possível, mensuráveis. Essas metas normalmente estão relacionadas com mudanças em sinais (frequência cardíaca, temperatura), sintomas (dor, melancolia, agitação), exames laboratoriais (LDL, glicemia, TSH) e com a percepções do paciente sobre a sua saúde, doença ou farmacoterapia. Essas mudanças são chamadas de **desfechos substitutos**, que proporcionam um acompanhamento da evolução do paciente, ou seja são os **indicadores de processo** do cuidado farmacêutico e sinalizam a efetividade e segurança da farmacoterapia[3,15].

Atenção!
Os exames laboratoriais têm uma importância ímpar na clínica quando se trata de cuidado ao paciente com problemas crônicos, pois podem servir como referência basal, indicar o progresso do paciente em relação às metas, orientar ajustes de doses, risco de toxicidade ou inefetividade devido a doses subterapêuticas.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Com acompanhamento a longo prazo, o objetivo do cuidado farmacêutico dispensado está comprometido com os **desfechos finais** clínicos, econômicos e humanísticos, que podem ser medidos através de **indicadores de resultado** (Figura 10).

Figura 10. Acompanhamento da evolução do paciente



*ECHO corresponde ao termo em inglês Economic, clinical and humanistic outcomes, que, em português se traduz como Resultados econômicos, clínicos e humanísticos.

Fonte: Elaboração própria.

Os desfechos finais têm relação direta com a história natural da doença e podem ser, por exemplo, morte, internamento, infarto agudo do miocárdio em pacientes com hipertensão e dislipidemia. Por isso, as metas relacionadas aos desfechos finais normalmente são de natureza preventiva, por exemplo, aumento da sobrevida ou prevenção de complicações ligadas a condições crônicas. Do ponto de vista do serviço de cuidado farmacêutico, também podemos considerar as mudanças do *status* clínico da doença, como controle do diabetes ou cura de uma infecção como desfechos finais, por exemplo. Esses desfechos podem demorar um tempo considerável para se expressarem e serem medidos, porém, são os mais importantes. Em muitos casos, é necessário acompanhar o paciente por vários meses para que seja possível identifica-los[3].

Atenção!

Os desfechos substitutos guardam relação direta com os desfechos finais! Por exemplo, redução dos valores de hemoglobina glicada (desfecho substituto) reduz o risco para desenvolvimento de doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio e aumenta a sobrevida (desfechos finais).

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Na clínica, a maioria dos indicadores guardam relação com valores de normalidade estabelecidos na literatura, com as evidências acerca da efetividade e segurança da farmacoterapia utilizada ou, como já citamos anteriormente, com a modificação da história natural da doença[16,17].

Os indicadores são considerados medidas indiretas de uma atividade e funcionam como sinalizadores da realidade. No caso da clínica os indicadores medem a evolução dos pacientes em relação aos efeitos da farmacoterapia + efeitos de medidas não farmacológicas. Cada problema para o qual estão indicados um ou um conjunto de medicamentos deve apresentar algum tipo de desfecho que pode ser medido e utilizado como indicador de efetividade ou segurança. Uma vez definidos os indicadores é importante monitorá-los periodicamente[18,19].

Um indicador ideal deve apresentar as seguintes características: baixo custo, simplicidade, precisão, especificidade e sensibilidade. Indicadores de alto custo ou cuja coleta é muito difícil podem inviabilizar sua utilização; a precisão determina que há pequena variabilidade de sinal; a especificidade constrange a relação do sinal com o efeito; por fim, a sensibilidade permite identificar variações discretas de sinal[18,20].

Atenção!

Apesar de serem menos comuns, também podem ser utilizados indicadores qualitativos, em que a análise de dados é interpretativa. A triangulação de métodos na elaboração de indicadores permite quantificar dimensões objetivas e interpretar facetas subjetivas do efeito do cuidado farmacêutico.

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

É possível utilizar indicadores quantitativos de desfechos humanísticos (qualidade de vida e percepção geral da saúde) e de satisfação do usuário (expectativa e percepção do serviço) por meio de instrumentos quantificáveis. Um exemplo desses instrumentos de fácil aplicação e muito utilizado na clínica é a escala visual analógica para qualidade de vida, que apresenta um score de 0 a 10, como exemplificado a seguir[5,6] (Figura 11).

Figura 11. Instrumento de escala visual analógica para avaliação da qualidade de vida durante a consulta farmacêutica

Fonte: Souza (p.74)[6] e Imagem - Flaticon ©.

A escala visual analógica, além de permitir uma avaliação rápida e quantificável de um componente específico, oferece abertura para discussão do tema durante a consulta. Além disso, pode ser usada para mensurar sintomas, como no caso da dor e ansiedade, entre outros[21].

O cuidado farmacêutico desenvolvido no contexto da Atenção Básica tem o compromisso de contribuir para a melhoria da qualidade do uso dos medicamentos e, consequentemente, para melhorar o controle dos problemas de saúde e a qualidade de vida da população. É necessário, principalmente por se tratar de um tipo de serviço ainda pouco estabelecido no Brasil, que o farmacêutico evidencie, através de indicadores, os efeitos decorrentes de sua atividade clínica.

O uso de indicadores produzidos poderá ser utilizado tanto para controle interno (do próprio farmacêutico) quando para controle externo (da gestão) dos efeitos ou limitações do serviço, tendo em vista que podem ajudar a identificar problemas e nortear melhorias. O Quadro 5 resume o tema dos indicadores e sua relação com os elementos da consulta. Lembre-se de que, apesar de poder ser um número inteiro, a maioria dos indicadores quantitativos são elaborados a partir de relações matemáticas[1,22].

Quadro 5. Principais elementos que evidenciam o efeito das ações clínico-assistenciais do farmacêutico

Primeira consulta *(baseline)*	Retornos(evolução)	Problemas identificados/ desfechos avaliados	Exemplo de indicador
Status dos problemas de saúde	Mudança de *status*	Controlado, não controlado, curado, não diagnosticado, desconhecido	Porcentagem de pacientes portadores de determinado problema de saúde que evoluíram de *status* não controlado para controlado
Sinais, sintomas, exames laboratoriais	Mudanças em sinais, sintomas, exames laboratoriais	Hemoglobina glicada, pressão arterial, instrumento de avaliação da depressão (PHQ-9), escala visual analógica de dor	Taxa de redução da hemoglobina glicada nos pacientes diabéticos atendidos
Problemas da farmacoterapia identificados	Resolução dos problemas de farmacoterapia	Medicamento desnecessário, medicamento não efetivo em dose terapêutica, evento adverso dose dependente, não adesão involuntária	Número de problemas de adesão identificados em consultas iniciais/número de problemas de adesão identificados na última consulta
Custo inicial	Redução/aumento de custo	Valor em R$ gastos pelo paciente por mês com a farmacoterapia	Redução do custo total do tratamento/paciente atendido
Qualidade de vida/ percepção geral da saúde	Mudanças da percepção da qualidade de vida/percepção geral da saúde	Escala visual analógica	Taxa de melhoria dos valores para qualidade de vida imputados na escala visual analógica/paciente atendido

Fonte: Santos[22].

A identificação de problemas, o estabelecimento de metas e o acompanhamento da evolução para alcance dos objetivos é a fórmula do cuidado longitudinal do farmacêutico. É necessário que o farmacêutico que decidir implantar um serviço de cuidado ao paciente reflita sobre como deverá documentar esses elementos para que seja possível obter indicadores do serviço. Trata-se de mecanismos que favorecem a transparência, a valorização, a identificação de falhas e a constante melhoria da atividade clínica do profissional farmacêutico.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Considerações finais

O monitoramento do plano de cuidado é a etapa que encerra o método clínico. Essa etapa é complexa, inerente ao cuidado farmacêutico, vai além do conteúdo de uma consulta e está diretamente relacionada com a obtenção dos resultados do serviço. Nesse serviço, o farmacêutico deverá ser capaz de fazer avaliações de risco, lidar com um fator temporal para definir frequência e intervalo entre consultas e, de tempos em tempos, avaliar o impacto de sua própria atividade. Nessa etapa é importante recuperar, organizar e classificar os resultados na forma de indicadores, uma vez que auxiliam tanto na gestão clínica de cada paciente, quando na gestão do serviço com uma perspectiva mais epidemiológica e avaliativa. Esse processo é essencial para que o farmacêutico não torne seu trabalho alienado e se perca na inércia de um “tarefismo” sem práxis, ou seja, sem que haja uma reflexão sobre sua prática em relação ao sistema de saúde e à sociedade.

Síntese da Aula

Nesta aula abordamos a última etapa do método clínico, a qual instrumentaliza o acompanhamento do paciente para monitoramento de resultados e alcance de objetivos relacionados ao serviço. Esses objetivos estão diretamente relacionados com desfechos clínicos e resolução de problemas da farmacoterapia. No cuidado farmacêutico são aspectos caros a resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, prevenção de novos problemas, melhoria em desfechos substitutos, prevenção de desfechos finais negativos favorecendo o controle ou cura de doenças, bem como a melhoria da qualidade de vida e autonomia dos usuários do sistema de saúde. É também na esteira das atividades desenvolvidas nessa etapa que o profissional do cuidado estabelece critérios para avaliar a qualidade e a efetividade de seu trabalho clínico.

Referências

1. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, Acurcio FdA, Guibu IA, Álvares J, et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em 25 nov. 2019];51(supl.2). Disponível e: http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007109

2. Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014;67:261-7.

3. Correr J, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013.

4. Landsberg GdAP, Savassi LCM, Sousa ABd, Freitas JMRd, Nascimento JLS, Azagra R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17:3025-36.

5. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica à saúde: a experiência de Curitiba. In: Saúde Md, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120 p. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 3).

6. Souza TT. Desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico a pacientes polimedicados. Doutorado em ciências farmacêuticas. Curitiba: Universidade Federal do Paraná (UFPR); 2017.

7. Godoy RR. Análise qualitativa da interação farmacêutico-paciente em consultas ambulatoriais e desenvolvimento de serviços de Cuidado Farmacêutico na rede atenção à saúde de Curitiba. Doutorado em ciências farmacêuticas. Curitiba: Universidade Federal do Paraná (UFPR); 2017.

8. García-Jiménez EAA, Amariles PB, Machuca MC, Parras-Martín MA, Espejo-Guerrero JD, Faus MJE. Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. Ars Pharm. 2008;49(2):145-57.

9. Greer N, Bolduc J, Geurkink E, Koeller E, Rector T, Olson K, et al. Pharmacist-Led chronic disease management: a systematic review of effectiveness and harms compared to usual care. 2015 Oct and Harms Compared to Usual Care. Ann Intern Med. 2015;165(1):401-411

10. Gonzales RIC, Casarin SNA, Caliri MHL, Sassaki CM, Monroe AA, Villa TCS. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2003;11:227-31.

11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(5):9.

12. Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Lyra Júnior DP. Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. 2013;34(3):10-401.

13. Tonhom SFdR, Higa EdFR, Pinheiro OL, Hafner MdLMB, Moreira HM, Taipeiro EdF, et al. Indicadores de avaliação do cuidado individual: subsídios para a formação médica orientada por competência. Revista Brasileira de Educação Médica. 2014;38:331-6.

14. Melo DOd, Castro LLCd. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22:235-44.

15. Alano GM, Corrêa TdS, Galato D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17:757-64.

16. Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo horizonte: EDG – Editora de Desenvolvimento Gerencial; 1999.

17. Reeve C, Humphreys J, Wakerman J. A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. Evaluation and program planning. 2015 Dec;53:91-8.

18. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

19. Moreira F, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. Revista gaucha de enfermagem. 2019;40.

20. Alves PFK, Prado L, Coimbra VCC, Oliveira MM, Silveira KL. Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. Saúde Debate. 2017;41(Especial):9.

21. Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. Revista Brasileira de Reumatologia. 2011;51:304-8.

22. Santos FTC, Silva DLM, Tavares NUL. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. Braz J Pharm Sci. 2018;54(3)229-261.

Autor

Rangel Ray Godoy

Farmacêutico, com mestrado em ciências farmacêuticas, doutorando em ciências farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Experiência com avaliação de tecnologias de saúde, atenção básica, cuidado farmacêutico em atenção primária, secundária e terciária e com e design e implantação de serviços de cuidado farmacêutico.

Aula 25

Método clínico: revisão da farmacoterapia

Autora: Thaís Teles de Souza

Aula 25 - Método clínico: revisão da farmacoterapia

Ementa da aula

Esta aula aborda as competências necessárias para avaliar se o tratamento do paciente é necessário, seguro e efetivo no alcance dos objetivos terapêuticos.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem

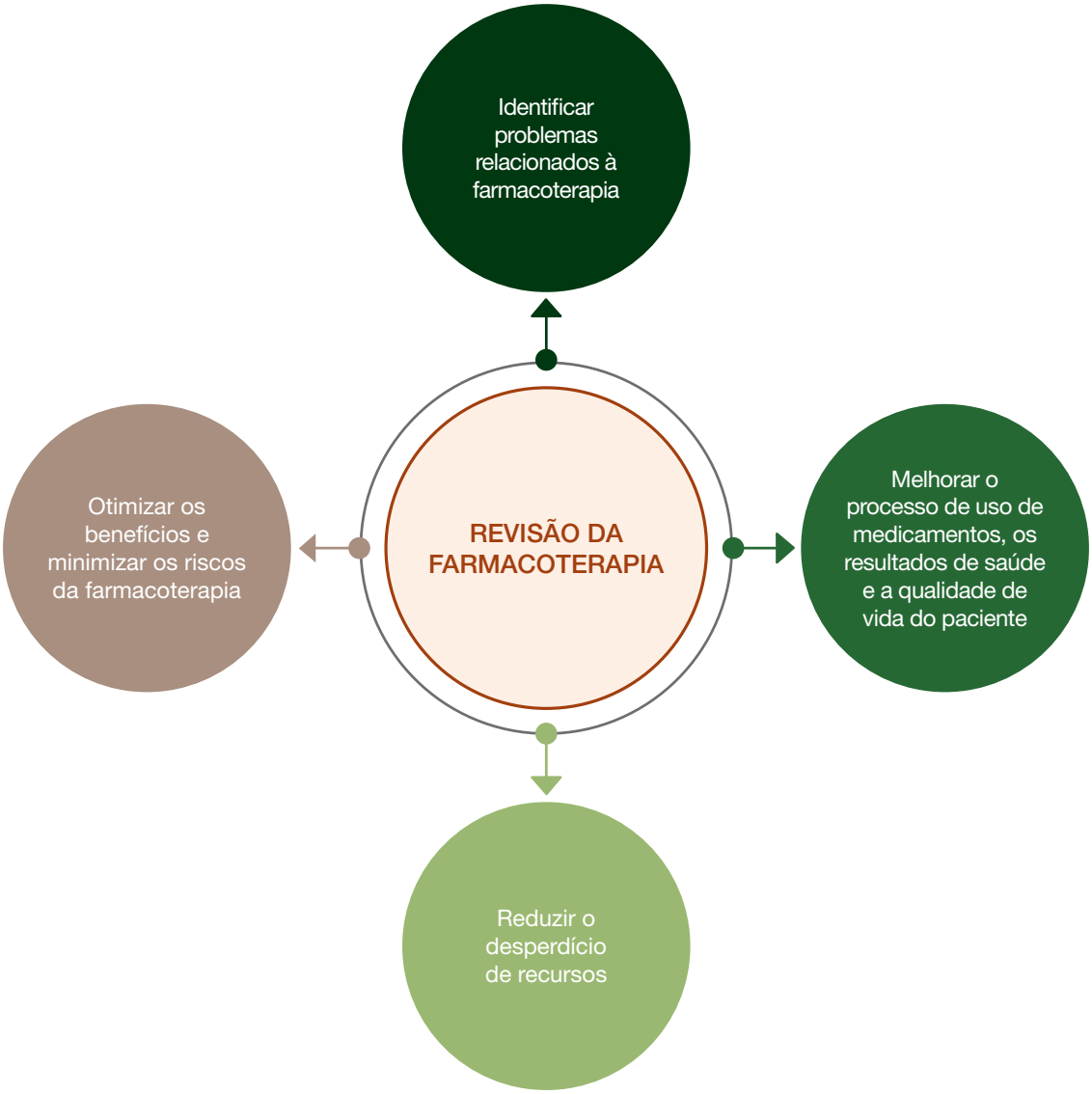
Compreender a relação entre o uso racional de medicamentos e o processo de cuidado em saúde e desenvolver as competências clínicas necessárias para revisar a farmacoterapia do paciente, avaliando sua adesão ao tratamento, assim como a necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

A revisão da farmacoterapia, ou revisão da medicação, é definida como uma avaliação técnica e estruturada dos medicamentos em uso pelo paciente, considerando a sua adesão, a necessidade, a efetividade e a segurança do tratamento. Tem como objetivo identificar problemas relacionados à farmacoterapia e resolvê-los, em conjunto com o paciente e demais profissionais de saúde envolvidos no seu cuidado, a fim de melhorar o processo de uso de medicamentos, os resultados de saúde e a qualidade de vida do paciente. A revisão da farmacoterapia possibilita otimizar os benefícios e minimizar os riscos da farmacoterapia, reduzindo o desperdício de recursos[1-6], conforme ilustra a Figura 12.

Figura 12. Principais objetivos da revisão da farmacoterapia



Fonte: Elaboração própria.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Geralmente, a revisão da farmacoterapia é voltada preferencialmente a pacientes polimedicados (em uso de múltiplos medicamentos de uso contínuo) e diagnosticados com condições crônicas, por apresentarem maior necessidade devido ao maior risco para o desenvolvimento de problemas relacionados a farmacoterapia e consequente morbimortalidade relacionada a medicamentos[7-10].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A revisão da farmacoterapia pode ocorrer nos diversos ambientes de prática, incluindo hospitais, unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, centros de atenção psicossociais, maternidades, centros de especialidades, clínicas, consultórios, farmácias comunitárias privadas, domicílio do paciente, ou instituições de longa permanência. É possível realizar a revisão da farmacoterapia em um único atendimento ou periodicamente. Tal revisão pode ainda fazer parte de outros serviços voltados ao cuidado farmacêutico, como o acompanhamento farmacoterapêutico, a conciliação de medicamentos e a gestão da condição de saúde[4-6].

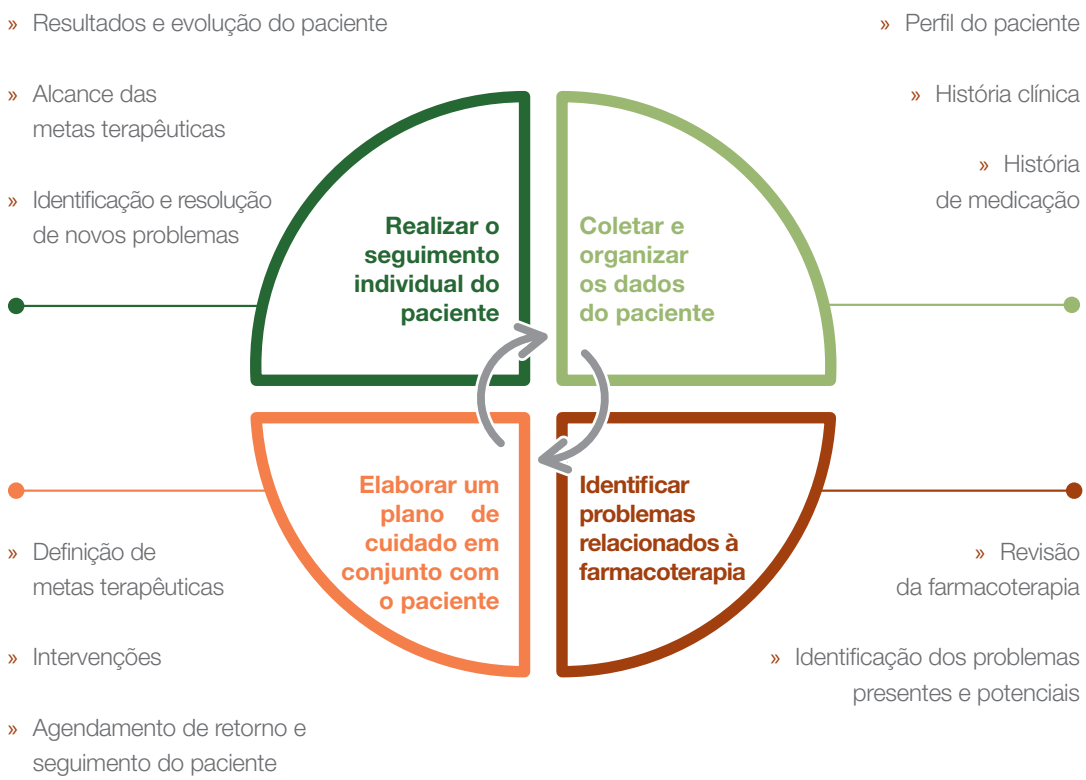
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Existem diferentes termos e definições relacionados à revisão da farmacoterapia, dentre os principais, destacamos: revisão da medicação, revisão dos medicamentos, revisão da terapêutica, revisão do tratamento farmacológico, revisão do regime terapêutico, revisão do uso de medicamentos, revisão da prescrição, *medication review, medicines use review, brown bag review, drug regimen review, home medicines review, medication therapy review, medication management review, residencial medication management review, revision del uso de la medicación, revisión de la medicación, revisión sistemática de medicación, revisión del uso de los medicamentos, revisión de la farmacoterapia*[6]. Neste curso, optamos por utilizar o termo **revisão da farmacoterapia**.

A revisão da farmacoterapia é de extrema importância na aplicação do Método Clínico dentro do contexto do Cuidado Farmacêutico (Figura 13), no qual ocorre o acolhimento do paciente, a coleta e organização dos dados do paciente, a identificação de problemas por meio da revisão da farmacoterapia, a elaboração de plano de cuidado em conjunto com o paciente e, quando necessário, com os demais profissionais de saúde, e o seguimento individual do paciente até a resolução do(s) problema(s), alcance das metas terapêuticas, boa evolução clínica e autocuidado. Durante a revisão da farmacoterapia são avaliadas as informações do perfil do paciente, história clínica e histórico de uso de medicamentos (farmacoterapêutica), utilizando como fontes de dados clínicos a entrevista com o paciente e/ou seu cuidador, receitas médicas, medicamentos em uso (prescritos e não prescritos), prontuário do paciente, exames físicos e laboratoriais e demais documentos relativos à sua saúde e seu tratamento[4,5].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Figura 13. Método Clínico de Cuidado Farmacêutico



Fonte: Elaborada a partir de Correr, Otuki e Soler[4]; Correr e Otuki[5].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Formas de revisão da farmacoterapia

Existem diferentes propostas de processos de trabalho descritas na literatura para revisão da farmacoterapia. Dependendo das necessidades do paciente, do propósito da revisão, da estrutura disponível, da complexidade do paciente, do acesso às informações e da inserção do profissional na equipe de saúde, pelo menos três formas de revisão da farmacoterapia podem ser realizadas: **análise da prescrição do paciente, revisão da farmacoterapia focada na adesão e revisão clínica da farmacoterapia**[6,11-13], conforme apresentado no Quadro 6.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 6. Características dos diferentes tipos de revisão da farmacoterapia

Serviço	Revisão da farmacoterapia		
	Análise da prescrição	Revisão da farmacoteria focada na adesão	Revisão clínica da farmacoterapia
Fontes dos dados clínicos	• Receita • Prontuário do paciente	• Receitas • Prontuário • Sacola de medicamento • Entrevista com o paciente	• Receitas • Prontuário • Sacola de medicamentos • Entrevista com o paciente • Exames
Parâmetros avaliados pelo farmacêutico	• Necessidade, eficácia e segurança da terapia • Erros de medicação	• Adesão do paciente e forma de uso dos medicamentos	• Necessidade, efetividade e segurança da terapia, adesão do paciente
Retorno do paciente (follow up)	• Desnecessário	• Desnecessário	• Desnecessário
Produto (output)	• Lista de problemas identificados	• Lista dos medicamentos do paciente, incluindo modo de uso da forma farmacêutica, frequência de administração e instruções adicionais	• Lista de problemas identificados, recomendações ao paciente ou equipe
Quem recebe o produto	• Prescritor	• Paciente	• Paciente ou equipe de saúde
Momento em que o serviço acontece	• Por demanda do paciente ou prescritor • Durante a hospitalização	• Consulta agendada	• Consulta agendada

Fonte: CFF[6].

A **análise da prescrição do paciente** utiliza como fonte dos dados clínicos as receitas e, se possível, o prontuário do paciente e avalia os parâmetros relacionados à necessidade, efetividade e segurança da terapia, erros de medicação e aspectos legais. Essa análise é normalmente vinculada a atividades de dispensação e não requer necessariamente a presença ou contato com o paciente, mas, quando possível, torna-se mais completa. Por meio desse tipo de revisão podem ser identificados os seguintes problemas relacionados à farmacoterapia: prescrição em subdose; prescrição em sobredose; forma farmacêutica ou via de administração prescritos incorretamente; frequência ou horário de administração prescritos incorretamente; duração do tratamento prescrita incorretamente; prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado; prescrição de medicamento ineficaz de acordo com a literatura; prescrição de medicamento sem indicação clínica para o paciente; duplicidade terapêutica na prescrição (ou nas prescrições); interação medicamentosa relevante clinicamente; disponibilidade de alternativa terapêutica mais efetiva e/ou mais segura e/ou mais custo-efetiva; e outros problemas de seleção e prescrição[6,8,11-13].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A **revisão da farmacoterapia focada na adesão** utiliza como fonte os dados clínicos obtidos na entrevista com o paciente, os medicamentos que ele faz uso atualmente (prescritos e não prescritos), as receitas e, se possível, o prontuário do paciente. O parâmetro avaliado é a adesão do paciente à farmacoterapia, incluindo seu conhecimento, concordância e cumprimento de seu tratamento, suas experiências com medicação e sua capacidade de gestão do tratamento. Tem como objetivo detectar, resolver e prevenir problemas no processo de uso de medicamentos pelo paciente. Nessa revisão, podem ser identificados os seguintes problemas relacionados à farmacoterapia: administração do medicamento incorreto; técnica de administração incorreta; forma farmacêutica ou via incorretamente administrados pelo paciente; frequência ou horário de administração incorreto; duração do tratamento incorreta; descontinuação indevida do medicamento; continuação indevida do medicamento; redução abrupta de dose; não iniciou o tratamento; omissão de doses (subdosagem na administração); adição de doses (sobredosagem na administração); uso abusivo do medicamento; automedicação indevida; problemas de acesso ao medicamento; e outros problemas relacionados à administração e adesão não especificados[6,8,11-13].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A **revisão clínica da farmacoterapia** é o tipo mais abrangente de revisão da farmacoterapia e inclui como fonte de dados, além das receitas, medicamentos, prontuário e entrevista com o paciente, exames clínicos e laboratoriais imprescindíveis à avaliação da necessidade, adesão, efetividade e segurança da farmacoterapia. Por meio da revisão clínica é possível identificar e propor soluções para os problemas relacionados à farmacoterapia, desde aqueles relacionados ao processo de uso de medicamentos (problemas na seleção e prescrição, discrepâncias entre os pontos ou níveis de atenção à saúde, erros de dispensação ou manipulação, problemas na qualidade do medicamento, problemas na administração e adesão ao tratamento, problemas de monitorização) até aqueles relacionados aos resultados terapêuticos (tratamento não efetivo, reação adversa a medicamento e intoxicação medicamentosa). Essa revisão pode ocorrer uma única vez ou de forma periódica, como acontece por exemplo durante os serviços de acompanhamento farmacoterapêutico, dentre outros serviços voltados ao cuidado farmacêutico[6,8,11-13].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Avaliação global da farmacoterapia

Para realizar uma adequada revisão da farmacoterapia, o farmacêutico deve possuir uma base sólida de conhecimentos em farmacoterapia e sobre o manejo de condições agudas e crônicas e ter a educação permanente como parte do seu cotidiano. É fundamental o acesso a boas fontes de informação, atualizadas, completas, confiáveis e aplicáveis, sobre medicamentos e condições de saúde, incluindo aplicativos, guias, consensos e diretrizes clínicas. Uma boa prática clínica deve se basear nas necessidades específicas dos pacientes, nas melhores evidências disponíveis e na experiência do profissional para a tomada de decisões que maximizem os benefícios e diminuam os riscos ao paciente[5].

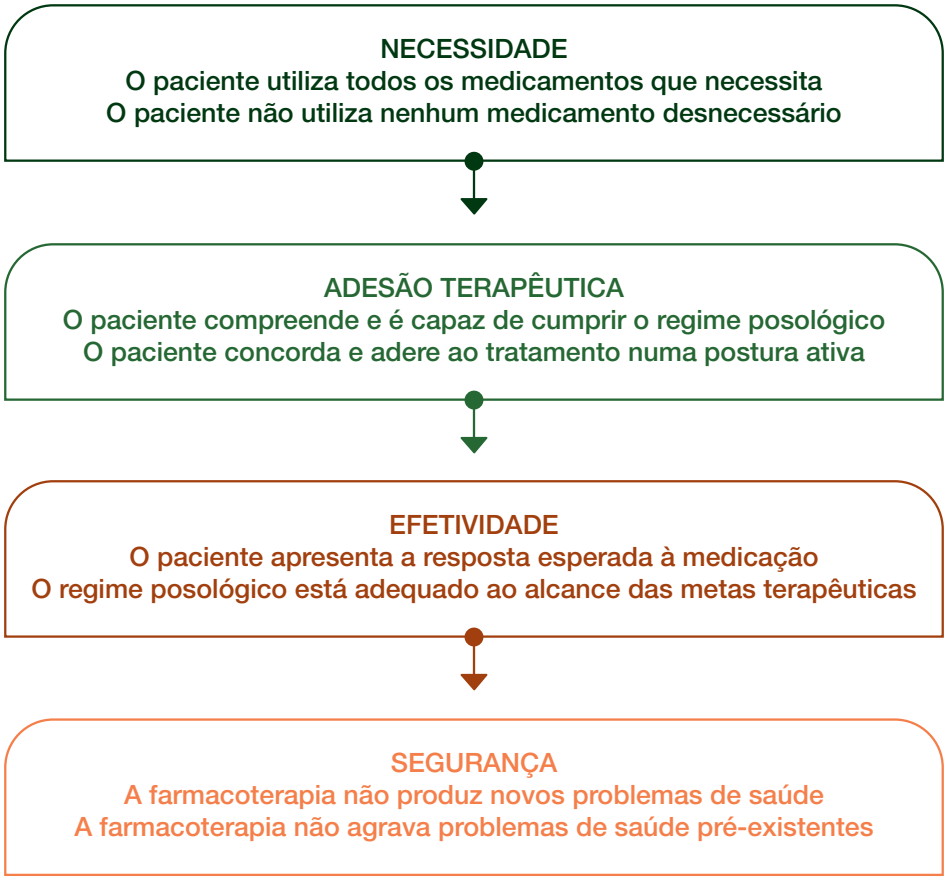
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A farmacoterapia deve ser revisada sistematicamente considerando todas as necessidades ligadas aos medicamentos apresentadas pelo paciente, avaliando a necessidade, efetividade e segurança do tratamento e a adesão terapêutica do paciente. A revisão inicia-se no levantamento das informações do paciente durante a entrevista clínica, momento em que o farmacêutico avalia os dados de perfil do paciente, história clínica e de medicação. O farmacêutico deve conhecer a indicação, dose, via de administração, frequência e duração do tratamento para cada medicamento em uso, as metas terapêuticas, os conhecimentos, experiências e comportamentos do paciente em relação ao tratamento, e deve reunir as informações clínicas necessárias para avaliar a resposta do paciente, em termos de efetividade e segurança. Por vezes é necessário realizar mais de uma consulta para organizar e avaliar todas as informações pertinentes à revisão da farmacoterapia, principalmente nos casos de pacientes polimedicados e que não dispõem de todas as informações na primeira consulta[5].

A farmacoterapia é considerada ideal quando o paciente utiliza todos os medicamentos de que necessita, não utiliza nenhum medicamento desnecessário, compreende e é capaz de cumprir o regime posológico, concorda e adere ao tratamento numa postura ativa, apresenta a resposta esperada à medicação, possui um regime posológico adequado ao alcance das metas terapêuticas e a farmacoterapia não produz novos problemas de saúde e nem agrava problemas de saúde pré-existentes[5] (Figura 14).

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Figura 14. Farmacoterapia considerada ideal



Fonte: Correr e Otuki[5].

Essas quatro dimensões (necessidade, adesão, efetividade e segurança) permitem ao farmacêutico avaliar os medicamentos em uso pelo paciente em toda sua complexidade e conduzirão à detecção de riscos ou problemas relacionados à farmacoterapia manifestados. A necessidade da farmacoterapia e a adesão terapêutica são dimensões ligadas ao processo de uso dos medicamentos e a efetividade e segurança são consideradas expressões dos efeitos da farmacoterapia sobre o estado de saúde do paciente, refletindo em desfechos de saúde. A Figura 14 traz um esquema que facilita a visualização do processo de raciocínio clínico do farmacêutico em relação à farmacoterapia[5].

De acordo com Correr e Otuki[5], para realização de uma revisão da farmacoterapia adequada é importante conhecer os processos da farmacoterapia (Figura 15), que iniciam quando um paciente com uma determinada condição de saúde decide, geralmente em conjunto com um profissional da saúde, fazer uso de medicamentos como forma de prevenção ou tratamento. Cada processo completo dá início ao próximo em uma sequência lógica e interdependente, que se inicia na seleção do tratamento e se encerra com a obtenção dos resultados terapêuticos. Assim, falhas ocorridas em um dos processos prejudicam todos os subsequentes, podendo comprometer, portanto, toda farmacoterapia.

Figura 15. Os seis processos da farmacoterapia

P1 Seleção	A definição de um tratamento farmacológico para uma indicação clínica específica. Colaboração profissional – paciente ou automedicação.
P2 Administração	A utilização do medicamento pelo paciente ou a administração do medicamento pelo profissional.
P3 Biofarmacêutico	A liberação do fármaco e sua dissolução no local de absorção ou de administração. Também chamado biofarmacotécnico.
P4 Biofarmacocinético	A chegada do fármaco ao local de ação. A concentração de fármaco distribuída pelos tecidos e o tempo para que todo fármaco seja eliminado.
P5 Farmacodinâmico	A interação entre o fármaco e estruturas moleculares do organismo. A produção do efeito farmacológico.
P6 Resultados Terapêuticos	A mudança no estado de saúde decorrente desse efeito. As manifestações biológicas, psíquicas e sociais decorrentes dessa mudança.

Fonte: Adaptado de Correr e Otuki (p. 297)[5].

Métodos para revisão da farmacoterapia

Existem diferentes métodos implícitos e explícitos para revisão da farmacoterapia. Os principais métodos explícitos incluem critérios de Beers-Fick e STOPP/START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment), e os principais métodos implícitos incluem Dáder, PWDT e MAI (do inglês, *Medication Appropriateness Index*).

Os critérios de Beers-Fick e STOPP/START são utilizados para avaliação do uso de medicamentos inapropriados em idosos. Um material importante nesse contexto é o Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos.

O MAI é um instrumento de dez perguntas para avaliar se o tratamento está adequado. No Quadro 7 apresentamos uma adaptação do instrumento para 17 questões.

Quadro 7. Adaptação do instrumento MAI – *Medication Appropriateness Index*

Item	Critério
1. Os medicamentos possuem indicação para este paciente?	Presença de sinais, sintomas, doenças ou condições de saúde que justifiquem a prescrição ou uso dos medicamentos
2. Os medicamentos estão em acordo com diretrizes/protocolos?	Os medicamentos produzem benefício em termos de eficácia e há evidência científica que sustenta o uso
3. Todas as condições clínicas estão sendo tratadas?	Existe algum diagnóstico, ou sintoma(s), que deveria estar sendo tratado com medicamentos e não está
4. As doses estão corretas?	As doses estão ajustadas de acordo com a bula oficial ou evidências e as doses estão ajustadas para as situações especiais do paciente (doença renal ou hepática)
5. A duração do tratamento está correta?	A duração do tratamento está adequada com base nas diretrizes, protocolos ou nas informações oficiais do medicamento
6. Os horários de administração estão corretos?	Os medicamentos estão prescritos com horários de administração apropriados.
7. As instruções de uso ao paciente estão corretas?	O paciente foi informado sobre como utilizar os medicamentos de forma apropriada
8. Há algum medicamento contraindicado para este paciente?	O paciente possui alguma contraindicação para o uso de algum dos medicamentos
9. Há alguma interação medicamentosa relevante?	Existem interações consideradas de alto risco, para as quais há documentação excelente ou boa, ou de risco intermediário, para as quais existe documentação excelente
10. Há alguma duplicidade terapêutica?	Duplicidades são quaisquer medicamentos com o mesmo mecanismo de ação ou grupo farmacológico e cujo uso combinado não produz nenhum benefício

(continua)

(continuação)

Item	Critério
11. Os medicamentos são os mais custo-efetivos disponíveis?	Existem opções terapêuticas com a mesma eficácia, porém de menor custo, ou com maior eficácia e custo semelhante, e/ou há alternativa terapêutica no SUS que pode ter a mesma eficácia
12. As vias de administração são adequadas para este paciente?	As vias de administração são as mais apropriadas
13. Todos os parâmetros de efetividade estão disponíveis?	Estão disponíveis exames laboratoriais ou avaliações funcionais/ sintomáticas que permitam avaliar a efetividade do tratamento para todas as condições tratadas
14. Todos os tratamentos são efetivos?	Todos os tratamentos estão alcançando os objetivos terapêuticos para os quais foram prescritos ou indicados
15. Há algum sinal/sintoma de RAM?	O paciente apresenta algum sinal ou sintoma sugestivo de reação adversa a medicamento
16. Há algum sinal/sintoma de intoxicação medicamentosa?	O paciente apresenta algum sinal ou sintoma sugestivo de intoxicação por medicamentos
17. Há algum outro problema detectado?	Existe outro problema relacionado à farmacoterapia identificado neste paciente e que não atenda a nenhum dos critérios anteriores

Fonte: Adaptado de Hanlon e Schmader[14].

Avaliação de necessidade/indicação

A avaliação da necessidade do uso de medicamentos pode revelar dois problemas comuns: o uso de medicamentos desnecessários ou sem indicação clara para os problemas de saúde do paciente ou a necessidade de utilizar medicamentos para um problema de saúde não tratado até aquele momento. A indicação diz respeito ao uso aprovado do medicamento, descrito na bula do produto, ao passo que a necessidade parte da situação clínica do paciente. Quando as indicações do medicamento e o problema clínico coincidem oportunamente, há necessidade da farmacoterapia. O uso de um medicamento, portanto, pode ser considerado necessário quando há um problema de saúde que o justifique e/ou quando há uma prescrição válida para tal. Se não há uma condição clínica que requeira farmacoterapia, então esta farmacoterapia é desnecessária. Por outro lado, se há uma condição de saúde que não está sendo tratada, então há necessidade de iniciar a farmacoterapia[4,5,7,9,10].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Avaliação da adesão ao tratamento

Para realizar uma avaliação adequada da adesão do paciente ao tratamento, é importante realizar uma revisão detalhada de como o paciente faz uso dos medicamentos e de sua experiência de medicação. A responsabilidade do profissional nesse caso será compreender a dimensão da adesão do paciente ao tratamento e trabalhar a fim de que isso não seja um problema. A avaliação da adesão ao tratamento ou adesão terapêutica do paciente pode revelar dois problemas comuns: a não adesão involuntária (não intencional) do paciente, que ocorre quando o paciente apresenta dificuldade em cumprir o tratamento ou o segue de forma inconsistente com as instruções do prescritor. Outro problema consiste na não adesão voluntária do paciente, situação na qual o paciente decide racionalmente não utilizar seus medicamentos ou fazê-lo de forma diferente das instruções do prescritor[4,5,8-10,15].

Diversos fatores podem influenciar a adesão do paciente ao tratamento, dentre os quais destacamos o acesso aos medicamentos, condições socioeconômicas e culturais, conhecimento sobre os medicamentos, capacidade cognitiva, complexidade da farmacoterapia, aspectos religiosos, expectativas e medos ligados ao tratamento, melhora ou agravamento da condição clínica, entre outros. Devemos ainda considerar os seguintes aspectos na identificação da não adesão: limitações do paciente, experiência de medicação, conhecimento do paciente sobre suas doenças e tratamentos, autonomia do paciente, complexidade da farmacoterapia, capacidade de gestão do paciente, para citar alguns[4,5].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Há muitas fontes na literatura que trazem métodos para diagnosticar a baixa adesão aos tratamentos e diversas estratégias para aumentar a adesão e a proximidade entre as recomendações profissionais e o que o paciente realmente faz. Os métodos de avaliação da adesão são divididos em diretos (dosagem do fármaco ou metabólitos no plasma, saliva ou urina) e indiretos (contagem de comprimidos, avaliação de resultados terapêuticos, opinião do profissional e questionários). Todos os métodos apresentam falhas e avaliam a adesão de forma limitada. Ainda assim, para efeito de pesquisa, a dosagem laboratorial e contagem de comprimidos são considerados métodos padrão. Na prática clínica, o método mais factível é o questionamento direto do paciente, durante a entrevista clínica[4,5,8-10].

Os testes mais utilizados para avaliação do grau de adesão ao tratamento na prática clínica incluem medidas psicométricas (questionários), dentre os quais destacamos os mais conhecidos: Teste de Hayne e Sackett; Teste de Morisky Green[16]; Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)[17]; Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)[18].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Importante!

Os termos mais utilizados no contexto da adesão ao tratamento são *compliance, adherence* e *concordance*. O termo *compliance* implica em uma visão do paciente tendo papel passivo na tomada de decisão, sem autonomia para decidir se segue ou não um tratamento. O termo *adherence* pressupõe um esforço voluntário do paciente para seguir o tratamento prescrito. O paciente passa a ser entendido como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento. O termo *concordance* sugere que os desejos, os medos, as crenças e as preferências do paciente sejam levados em consideração na tomada de decisão, atitude imprescindível para que ocorra adesão ao tratamento. O termo que utilizamos na prática clínica e que está presente na maioria das publicações em português é **adesão**. A **adesão ao tratamento** ou **adesão à terapia** é um termo amplo que diz respeito não somente ao uso do medicamento conforme prescrito, mas, também, ao acompanhamento das orientações não farmacológicas como mudanças na dieta, atividade física, cessação do tabagismo etc. Alguns autores ainda consideram que comportamentos como comparecimento às consultas agendadas e realizar os exames solicitados também fazem parte do conceito de adesão. Quando nos referimos exclusivamente ao uso dos medicamentos o termo **adesão à farmacoterapia** é o mais apropriado[4,5].

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Avaliação da efetividade

A efetividade da farmacoterapia é a expressão utilizada para os efeitos benéficos do tratamento sobre o paciente. A eficácia, por sua vez, consiste na capacidade do medicamento em produzir um efeito farmacológico no paciente sob condições ideais de uso, isto é, comprovada por ensaios clínicos. Assim, a efetividade consiste no resultado obtido do medicamento sob condições reais de uso, ou seja, na prática clínica. A farmacoterapia é considerada efetiva quando conduz ao alcance das metas terapêuticas previamente estabelecidas. Nesse sentido, para que se possa avaliar a efetividade, é preciso estabelecer as metas do tratamento, com base nos sinais e sintomas do paciente ou nos exames laboratoriais alterados, associados à enfermidade. A fim de determinar essas metas, o farmacêutico deverá considerar a indicação do medicamento, seu regime posológico e o tempo transcorrido desde o início do uso, itens necessários para o alcance das metas terapêuticas[4,5,8-10].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Avaliação da segurança

A segurança da farmacoterapia consiste na expressão dos efeitos prejudiciais do tratamento sobre o paciente. Um medicamento pode ser considerado seguro quando não causa um novo problema de saúde no paciente, nem agrava um problema de saúde já existente. As Reações Adversas aos Medicamentos (RAM) e as Intoxicações Medicamentosas são os problemas mais comuns relacionados à segurança da farmacoterapia. As RAM são efeitos nocivos e indesejáveis produzidos pelos medicamentos em doses normais de uso, podendo estar ligados a especificidades do princípio ativo ou especificidades do paciente (alergias, intolerância, efeitos idiopáticos). As intoxicações medicamentosas, por sua vez, são efeitos nocivos e indesejáveis causados por medicamentos em doses acima das usuais. Assim como na efetividade, as condições clínicas do paciente, a dose, a via de administração, a frequência e a duração do tratamento podem dar origem a problemas de segurança da farmacoterapia[4,5,8-10].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Importante!

Os problemas relacionados à farmacoterapia são identificados a partir dos achados obtidos na coleta de dados e na revisão da farmacoterapia do paciente. Para um problema ser classificado como decorrente da farmacoterapia, deve haver um problema de saúde manifestado pelo paciente ou um risco claro de sua ocorrência e estes devem estar explicitamente ligados à farmacoterapia. Essa relação deve ser analisada com base em evidências científicas e, principalmente, clínicas que a validem[5,9,10].

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Síntese da Aula

Nesta aula discutimos a revisão da farmacoterapia no processo de cuidado ao paciente, visando avaliar a necessidade, adesão, efetividade e segurança do tratamento, a fim de identificar e resolver os problemas relacionados ao processo de uso de medicamentos e resultados em saúde do paciente.

Vimos que a revisão da farmacoterapia pode ocorrer de três diferentes formas (análise da prescrição do paciente, revisão focada na adesão e revisão clínica da farmacoterapia) e que se baseia na análise das informações do perfil do paciente, história clínica e de medicação. A farmacoterapia é considerada ideal quando o paciente utiliza todos os medicamentos que necessita, não utiliza nenhum medicamento desnecessário, compreende e é capaz de cumprir o regime posológico, concorda e adere ao tratamento numa postura ativa, apresenta a resposta esperada à medicação, possui um regime posológico adequado ao alcance das metas terapêuticas e não apresenta novos problemas de saúde ou agravo dos problemas pré-existentes.

Referências

1. Clyne W, Blenkinsopp A, Seal R. A guide to medication review. 2. ed. London: National Prescribing Centre; 2008. 39 p.

2. West LM, Cordina M, Cunningham S. Clinical pharmacist evaluation of medication inappropriateness in the emergency department of a teaching hospital in Malta [Internet]. Pharmacy Practice. 2012. p. 181–7.

3. Reis WCT. Revisão de prescrições em hospital universitário brasileiro de grande porte / Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal do Paraná - Curitiba, 2015. 1115 f.: il.; 30 cm.

4. Correr J, Otuki M, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saúde. 2011;2(3):41-19.

5. Correr J, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013.

6. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: CFF; 2016.

7. Souza TT. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2013.

8. Souza TT. Desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico a pacientes polimedicados [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.

9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 108 p.

10. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 308 p.

11. Pharmaceutical Society of Australia (PSA). Guidelines for pharmacists providing Home Medicines Review (HMR) services. Deakin: PSA Ltd.; 2011.

12. Pharmaceutical Society of Australia (PSA). Standard and guidelines for pharmacists performing clinical interventions. Sidney: PSA Ltd.; 2011

13. Blenkinsopp A, Bond C, Raynor DK. Medication reviews. British Journal of Clinical Pharmacology. 2012;74(4):573-80.

14. Hanlon JT, Schmader KE. The medication appropriateness index at 20: where it started, where it has been, and where it may be going. Drugs Aging. 2013 Nov;30(11):893-900.

15. Bubalo J, Clark Jr RK, Jiing SS, Johnson NB, Miller KA, Clemens-Shipman CJ, Sweet AL. Medication adherence: pharmacist perspective. J Am Pharm Assoc (2003). 2010 May-Jun;50(3):394-406.

16. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev. Saúde Pública. 2012;46(2):279-89.

17. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. Value in health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. 2009;12(1):118-23.

18. Salgado T, Marques A, Geraldes L, Benrimoj S, Horne R, Fernandez-Llimos F. Cross-cultural adaptation of the beliefs about medicines questionnaire into Portuguese. São Paulo Medical Journal. 2013;131(2):88-94.

Autora

Thaís Teles de Souza

Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), com ênfase em Morbimortalidade relacionada a medicamentos, revisão sistemática e metanálise. Doutora em Ciências Farmacêuticas pela UFPR, na área de Farmácia Clínica, Cuidado Farmacêutico e Serviços Farmacêuticos Clínicos. Foi apoiadora em Cuidados Farmacêuticos pelo Ministério da Saúde (MS) atuando no Design, implantação e desenvolvimento de Serviços de Cuidado Farmacêutico nos pontos da Rede de Atenção à Saúde. Atualmente é Consultora do Conselho Federal de Farmácia (CFF); Coordenadora pedagógica do Instituto Elo Cuidados Farmacêuticos; Farmacêutica Clínica; Pesquisadora e Docente na área de Farmácia Clínica, Cuidado Farmacêutico, Semiologia e Comunicação Farmacêutica, Serviços Farmacêuticos Clínicos, Cuidado Farmacêutico aplicado às condições de saúde mais prevalentes, Avaliação de Tecnologias em Saúde - Revisão Sistemática e Metanálise, Design, implantação e desenvolvimento de Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade.

Aula 26

Preparar a implantação do Cuidado Farmacêutico: reorganização do processo de trabalho e avaliação dos impactos clínico, econômico e social

Autor: Rangel Ray Godoy

12
9
6

Aula 26 - Preparar a implantação do Cuidado Farmacêutico: reorganização do processo de trabalho e avaliação dos impactos clínico, econômico e social

Ementa da aula

Esta aula apresenta os requisitos e os benefícios da implantação dos serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica dos municípios.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem

Conhecer os requisitos necessário ao processo de implantação dos serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Parabéns, caro estudante! Chegamos ao fim deste curso. Você teve acesso à conteúdos cuidadosamente pensados com o objetivo de estimular uma reflexão sobre o sistema de saúde, as redes de atenção, a atenção básica e é claro, o seu papel enquanto farmacêutico nesse contexto. Neste curso você mergulhou em um processo de capacitação para atendimento a pacientes, focado nas etapas do método clínico, as quais instrumentalizam e orientam o raciocínio durante uma consulta.

Agora é a hora de colocar tudo isso em prática!

Esperamos que depois de todo esse processo você seja capaz de transformar, de alguma maneira, sua ação profissional, desenvolvendo atividades clínicas junto ao paciente e técnico-pedagógicas em ações interdisciplinares. Afinal, este foi o objetivo deste curso.

Sendo assim, esta aula tem a intenção de orientá-lo sobre como implantar o Cuidado Farmacêutico em uma unidade de saúde. Consideramos que uma etapa muito importante para a implantação já está finalizada, que é o processo de capacitação que citamos acima, no qual você adquiriu consciência sobre o tipo de serviço que deverá implantar. Ele deve estar aí na sua cabeça, no mundo das ideias. Agora é preciso desenhar um projeto bem organizado, exequível e que se adapte às características do seu município para torná-lo realidade.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Por isso decidimos apresentar os elementos necessários à implantação na forma de um projeto, orientando sobre como desenvolvê-lo, sugerindo um método, algumas referências e o uso de alguns instrumentos, porém sem a intenção de limitar suas escolhas e suas possibilidades. Lembre-se: você é o protagonista desse processo.

Depois de concluído esse primeiro trabalho, você poderá apresentar o projeto para a equipe e para os gestores do seu município afim de conseguir apoio para sua execução na(s) unidade(s) de saúde. É praticamente impossível implantar o cuidado sem que haja pactuação dessa proposta por parte da gestão e da equipe multidisciplinar. Também ficará muito mais difícil implantar o cuidado sem ter clareza das etapas e ferramentas necessárias para esse processo. Então, aproveite esta aula para se apropriar de estratégias que permitam a você implantar com segurança e eficiência esses serviços que abrem novas perspectivas para sua profissão e para o cuidado em saúde.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Elaboração de um projeto para a implantação de Cuidado Farmacêutico

Um projeto de implantação, bem desenhado, referenciado e estruturado pode fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso em um processo de implantação. Os conteúdos descritos aqui representam um projeto de implantação genérico de Cuidado na Atenção Básica, baseado em experiências prévias e dados da literatura. O objetivo é que você reconheça os passos específicos para sua elaboração, que possa se apropriar de métodos, ações, e estratégias para implantação do cuidado em seu município.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Revisão bibliográfica com identificação do problema

A revisão bibliográfica é um conteúdo textual, fruto de seleção e leitura de referenciais da literatura, que contextualizarão o seu projeto e o auxiliarão a identificar a principal problemática a ser enfrentada, à qual se justifica a intervenção proposta em seguida. É possível criar estratégias de busca por artigos no Pubmed e Scielo para referenciar seu texto. Utilize os conhecimentos das *Aulas 7* e *8*, que compõem o *Módulo 2** deste curso, para construir sua estratégia de busca. Além disso, é importante utilizar exemplos de projetos semelhantes que tiveram experiências exitosas, como aquele referente à Atenção Básica da cidade de Curitiba, descrito no Caderno 3 – Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica[1], entre outros. Caso você tenha acesso a dados estatísticos do seu município relacionados a uso de medicamentos, gastos com medicamentos, percentual de controle de doenças, danos causados por medicamentos, entre outros de interesse, inclua esses dados na revisão.

Sobre o tema que envolve a organização do Sistema de Saúde, a Assistência Farmacêutica, o Cuidado Farmacêutico e a morbimortalidade relacionada a medicamentos preparamos uma pequena revisão, a qual é apresentada a seguir.

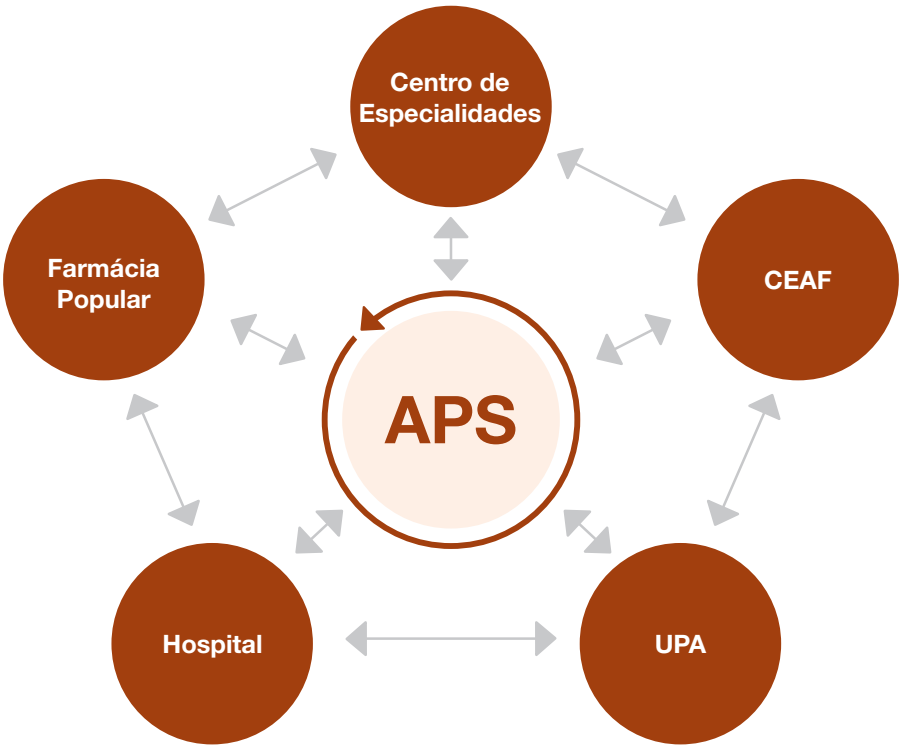
***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 5* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*.
As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no *vol. 2* desta mesma coleção, *Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico*.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O Sistema Único de Saúde (SUS) busca, através de serviços e estratégias, responder às necessidades de saúde da população. Essas estratégias se manifestam por meio dos serviços orientados por políticas e diretrizes, sobretudo em instituições de saúde como a UBS. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), por sua vez, são arranjos organizativos de ações e serviços do sistema de saúde integradas por sistemas de apoio que visam garantir a integralidade do cuidado ao usuário[2,3].

No contexto das Redes de Atenção à Saúde, a Atenção Básica desempenha um papel estratégico. Além de ser a principal porta de entrada do usuário no sistema, deve fazer frente à maioria dos agravos à saúde presentes na sociedade, buscando alta resolutividade e eficiência através de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde4. A Atenção Básica também desempenha um papel de coordenadora da rede de cuidado, sendo ela o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde[5,6], conforme ilustra a Figura 16.

Figura 16. Exemplo de modelo de atenção em redes

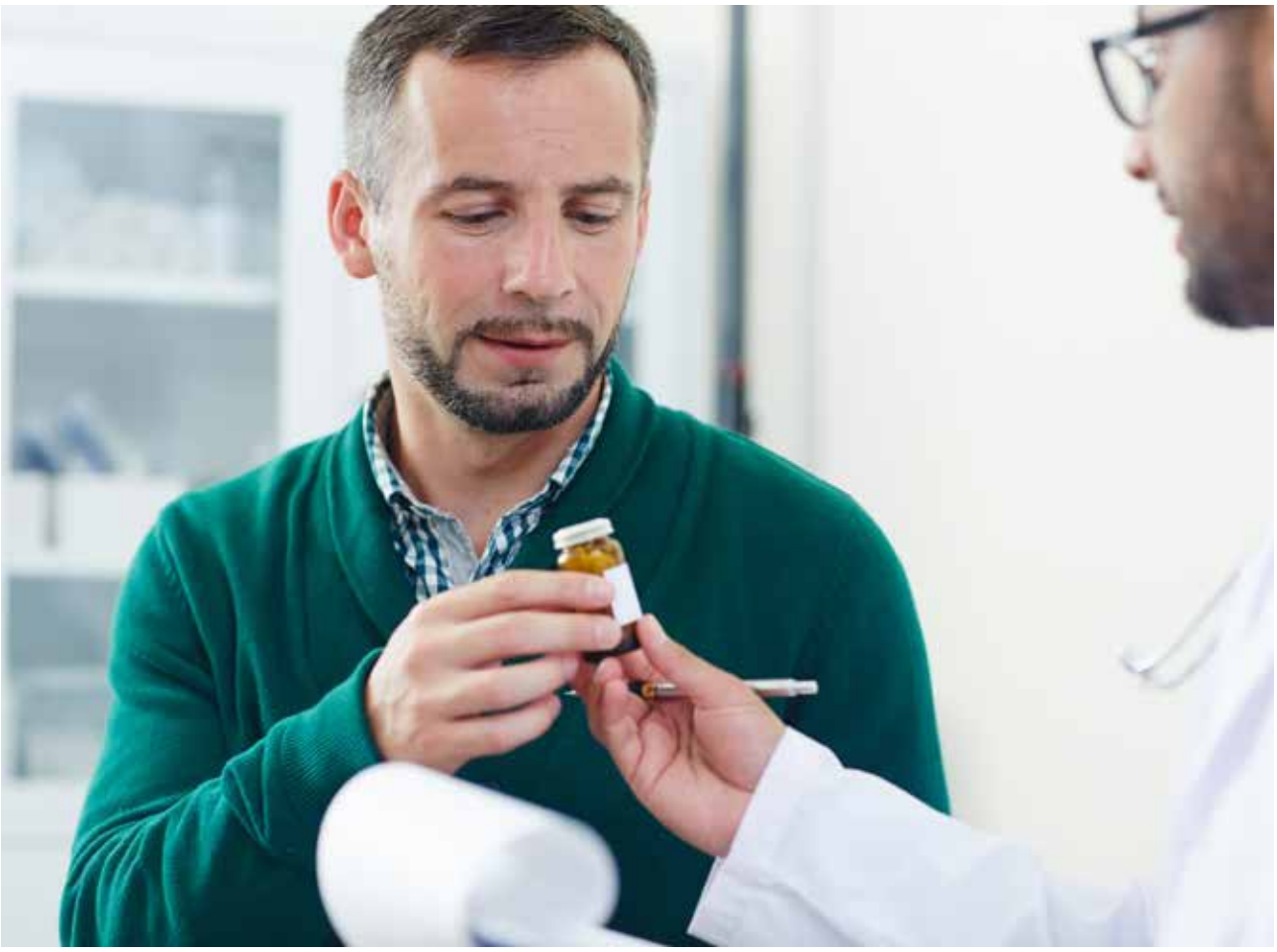


Legenda: APS = Atenção Primária à Saúde; UPA = Unidade de Pronto Atendimento; CEAF = Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Fonte: Godoy (p. 368)[7].

De acordo com Godoy[7], é possível observar na Figura 16 que cada ponto de atenção representa um nó da rede, ao passo que as setas representam a característica de intercomunicabilidade entre os pontos de atenção. Além disso, vemos que a atenção primária é o ponto central na rede, devido à sua característica de ordenadora do cuidado. Ressalta-se que pode haver outros pontos atenção inseridos na rede (p. 368).

Enquanto estratégia terapêutica nas práticas de saúde, o medicamento tem reconhecido protagonismo. Esse insumo terapêutico demanda um elevado aporte de recursos financeiros para o sistema, pois é sempre crescente a demanda por essa tecnologia. O medicamento também é revestido de uma poderosa representação simbólica que impele os usuários a utilizarem-no como produto de consumo em saúde, desconsiderando seu potencial de causar danos[8-10].



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

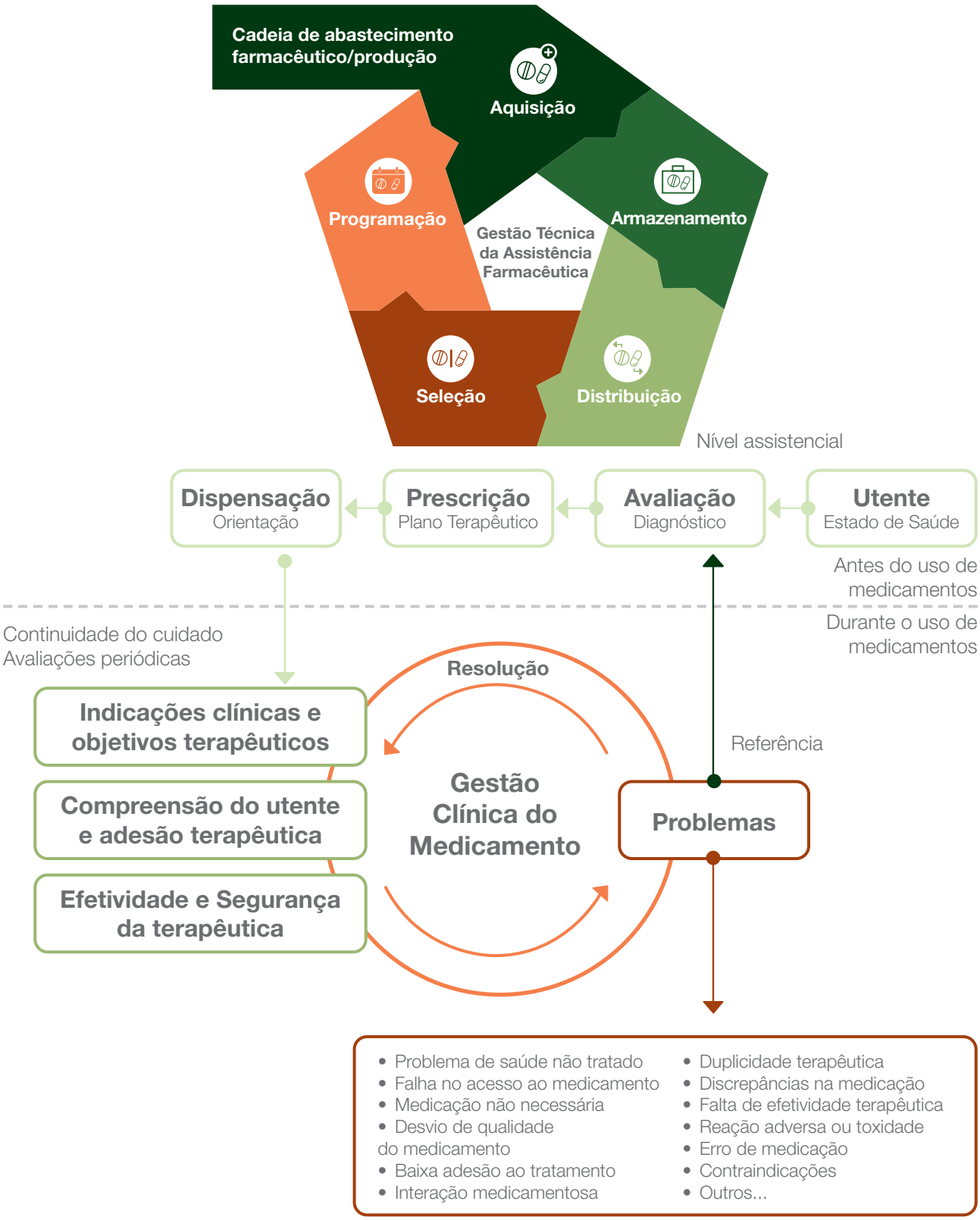
Sendo o sistema econômico essencialmente excludente, percebe-se um fenômeno de distribuição desigual no consumo de medicamentos em que uma parte da população os consome de maneira excessiva, enquanto a outra sofre por problemas de acesso a medicamentos básicos[8]. A equidade na distribuição dos medicamentos é um dos desafios da assistência farmacêutica, garantindo, através do seu ciclo logístico, que não faltem medicamentos essenciais em cada ponto de atenção e prevenindo a incorporação de tecnologias ineficazes, inseguras, ineficientes ou que careçam de evidência.

A questão do acesso e distribuição de medicamentos é apenas uma faceta da problemática envolvendo o uso de medicamentos e que concerne diretamente à assistência farmacêutica[11]. Com a atual questão conhecida como a medicalização dos corpos, associada à transição epidemiológica em que prevalecem doenças crônicas, o uso crônico de medicamentos e a polifarmácia descortinaram um grave problema de saúde pública por longo tempo negligenciada pelos sistemas de saúde. A **morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos** (MMRM), que se trata de uma paradoxal prevalência de problemas e agravos à saúde associados ao uso de medicamentos. Reações adversas, intoxicação, inefetividade terapêutica, medicamentos desnecessários e falta de adesão à terapia são apenas algumas das causas de um cenário caótico de iatrogenia e desperdício de recursos relacionados aos medicamentos[12].

A problemática da morbimortalidade concerne diretamente à Assistência Farmacêutica, que diante desse cenário incorpora à sua carteira de trabalho um ciclo de atividades clínicas, ligadas ao Cuidado Farmacêutico junto ao paciente e a ações interprofissionais[13,14]. O objetivo desse ciclo clínico é identificar e resolver problemas relacionados a medicamentos, além de estimular o uso racional de medicamentos pela população, reduzindo assim a dimensão e o impacto da morbimortalidade relacionada aos medicamentos[15-18] (Figura 17).

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

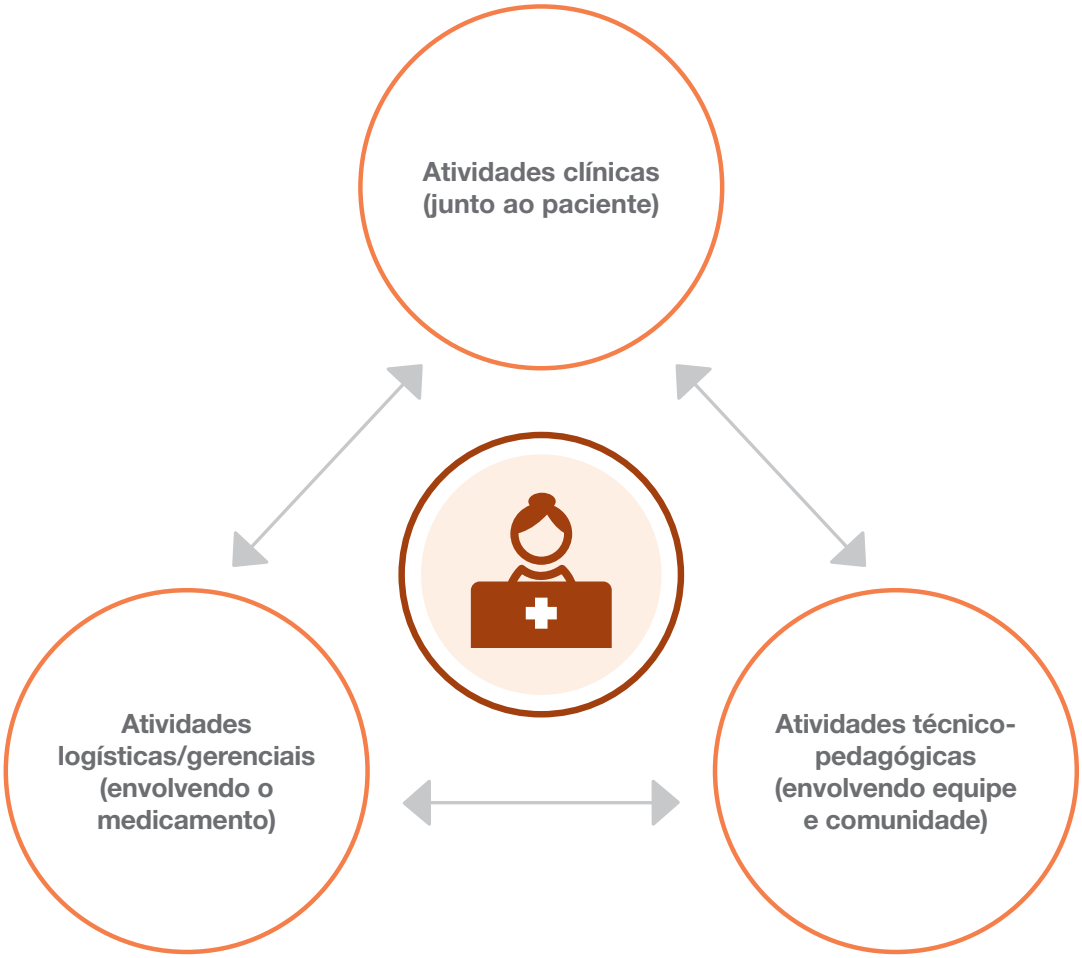
Figura 17. Modelo lógico conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado



Fonte: Reproduzida de Correr, Otuki e Soler (p.44)[19] e Imagem - Flaticon ©.

A inclusão desse ciclo clínico, enquanto resposta do sistema à realidade de MMRM, que integra a Assistência Farmacêutica, modifica igualmente o perfil de atividades do farmacêutico, fazendo com que ele se incline para o cuidado ao paciente e a realização de atividades técnico-pedagógicas junto à comunidade e à equipe de saúde. O ciclo logístico da assistência continua sendo parte da responsabilidade do farmacêutico, entretanto, para assumir a responsabilidade também pela atividade clínica, o profissional necessita redistribuir seu tempo de trabalho, delegando e supervisionando parte das suas funções, principalmente aquelas de natureza mais burocráticas e administrativas. (Figura 18).

Figura 18. Atividades do farmacêutico no contexto da atenção básica, considerando ciclo logístico e ciclo clínico



Fonte: Autoria própria e Imagem - Flaticon ©.

No ano de 2013 a 2014, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde um projeto piloto de implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (PR) e a Universidade Federal do Paraná (UFPR), que produziu como resultado a capacitação de 30 profissionais farmacêuticos e a implantação do Cuidado Farmacêutico em 56 pontos de Atenção Básica à Saúde descritos na série de quatro volumes de cadernos técnicos denominados Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.

Pesquise e reflita!

Pesquise sobre os serviços de cuidado farmacêutico já implantados no Brasil e seus resultados. Aproveite para ler a série "Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica" – Cadernos 1, 2, 3 e 4

Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Há uma tendência à diversificação das atividades do farmacêutico com a implantação do cuidado nas unidades de saúde, pois se verifica a necessidade da oferta desse tipo de serviço à população. As evidências indicam que o farmacêutico precisa fazer parte da equipe de cuidado e ser mais bem aproveitado enquanto profissional de saúde em favor da melhoria na qualidade do uso dos medicamentos e da qualidade de vida dos usuários.

Justificativa

A justificativa para o desenvolvimento de um projeto de implantação deve focar sobretudo nas evidências – locais, nacionais e internacionais –, sobre morbimortalidade relacionadas ao uso de medicamentos. Ao mesmo tempo pode incluir resultados de serviços de cuidado já implantados. Você pode utilizar os dados da introdução para justificar, nesse item, a execução do projeto. Apresentamos a seguir um exemplo de justificativa para o seu projeto:

Nos últimos anos, a literatura tem destacado a participação do farmacêutico em programas que permitem otimizar os efeitos da farmacoterapia, por meio de acompanhamento do uso dos medicamentos[21]. Na verdade, a aplicação de critérios de racionalidade terapêutica pode garantir maior cumprimento, efetividade e segurança dos medicamentos utilizados por pacientes, tanto na fase aguda como na fase de controle ambulatorial[22,23]. O Cuidado Farmacêutico tem como objetivo a promoção do uso racional dos medicamentos, de forma a garantir a eficiência no uso dos recursos, o alcance de resultados terapêuticos ótimos e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes[24].

Nesse contexto, fica clara uma lacuna de cuidado na Atenção Básica quando os farmacêuticos em vez de participarem ativamente da equipe multiprofissional de cuidado, realizando revisão da farmacoterapia e o acompanhamento farmacoterapêutico, se sobrecarregam com atividades administrativas e burocráticas que poderiam ser realizadas por um profissional de nível técnico periodicamente capacitado.

Em nossa unidade de saúde, o farmacêutico ainda não desenvolve nenhum tipo de atividade clínica, estando restrito as atividades logísticas. Esse fato negligencia as evidências em saúde e a realidade local, em que há indícios de que muitos pacientes que, mesmo tendo acesso e utilizando os medicamentos da Atenção Básica, não conseguem atingir as metas de controle, ou têm dificuldade para entender e gerir sua farmacoterapia. Na tentativa de melhorar a resolutividade do tratamento, estimular o uso correto dos medicamentos, racionalizar custos e inserir o farmacêutico no cuidado em saúde, na Atenção Básica, propomos então este projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico.

Métodos

A implantação do Cuidado Farmacêutico em uma unidade de saúde deve seguir etapas específicas e sequenciais, que podem se iniciar no processo de capacitação do profissional, sobretudo com a apreensão de um método clínico, passando pelo desenho do serviço em si, com a identificação e uniformização de procedimentos, formas de registro, identificação da necessidade de estrutura física e de mecanismos de avaliação do serviço.

No seu caso, caro estudante, o processo de capacitação no curso "Cuidado Farmacêutico: a aplicação do método clínico" pode ser considerado realizado. Seguramente, a capacitação clínica é um processo continuado, e você vai aprimorando suas competências no desenvolvimento da prática. Todos os passos para a implantação do cuidado devem levar em consideração os conhecimentos adquiridos até aqui.

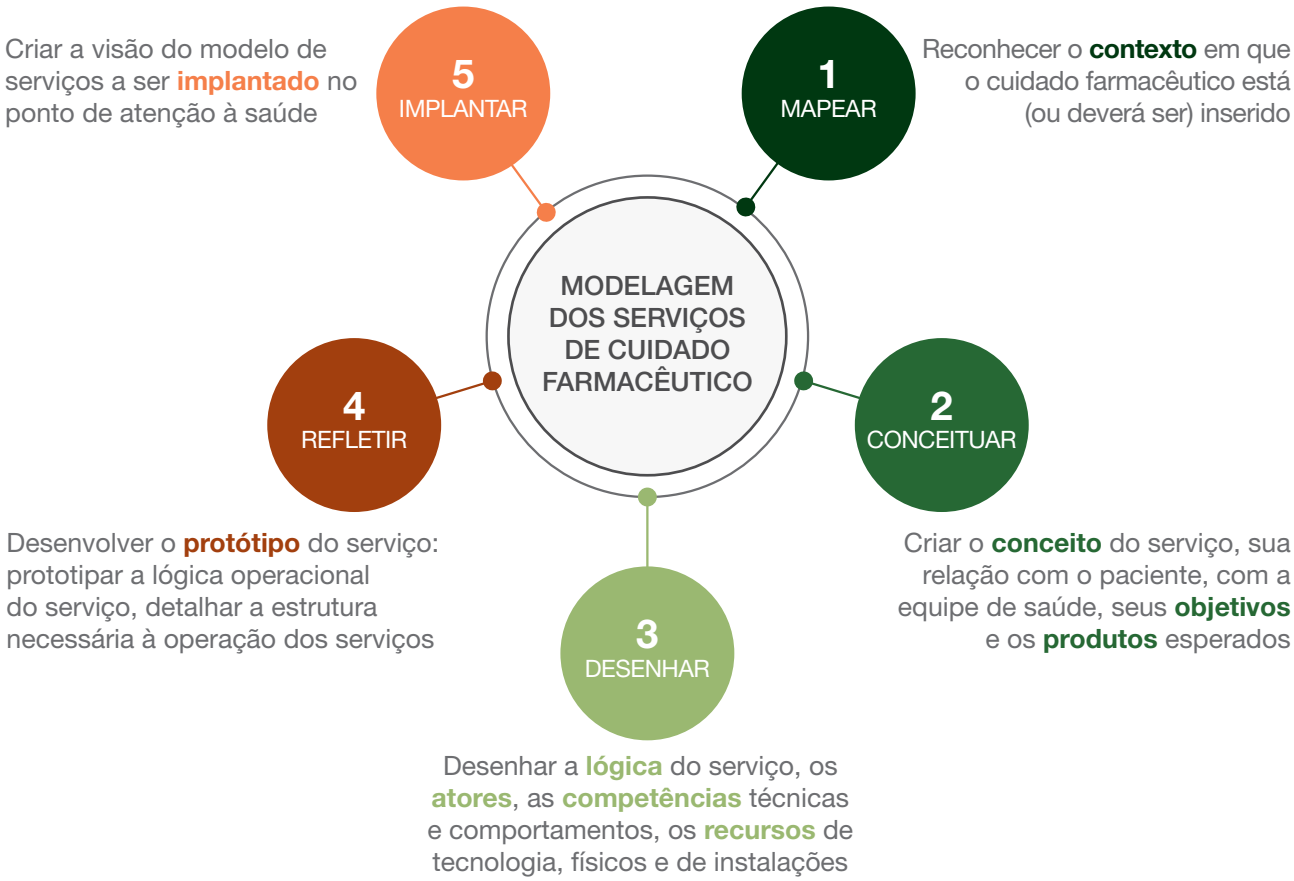
Um método que pode orientar o desenho, modelagem e implantação de serviços em ambientes institucionais é o *design thinking* de serviços, proposto por Stickdorn e Schneider[25]. Descrevemos aqui brevemente os conceitos mais relevantes desse método, mas você pode escolher outros referenciais metodológicos para o seu projeto, se julgar necessário.

O método supracitado é baseado em processos, ferramentas e experiências advindas do *design* de serviços. É focado na diversificação e na transformação de processo de trabalho tradicionais, que é justamente a proposta do projeto de implantação do cuidado, uma vez que orienta os passos do processo de modelagem desde a avaliação inicial para compreensão do cenário atual da instituição, considerando estrutura e recursos humanos até o processo de implantação final do serviço numa lógica de raciocínio exploratório, criativo e reflexivo[25].

As ações exigidas para a o sucesso da implantação de um serviço são mapear, conceituar, desenhar, refletir e implantar. Consideramos aqui as etapas 2, 3 e 4 como processo de modelagem do serviço. Desde o mapeamento até a implantação, cada etapa possui métodos e ferramentas específicas que orientam a execução desses processos (Figura 19).

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Figura 19. Etapas para modelagem dos Cuidado Farmacêutico



Fonte: Elaborada a partir de Stickdorn e Schneider[25].

O método para modelagem de serviços considera cinco princípios básicos. Primeiro, o método deve ser **focado no usuário**, ou seja, você deve compreender as experiências anteriores e as expectativas do paciente com o novo serviço; depois deve ser **cocriativo**, isso significa que deve envolver o usuário e os demais membros da equipe, ouvindo e articulando ideias; deve ser **sequencial**, organizado em etapas que deverão ocorrer em determinado período de tempo; deve ser **evidente**, prolongando as experiências vivenciadas no serviço e aumentando a fidelização do paciente; finalmente, deve ser um processo **holístico**, considerando de maneira global todos os aspectos envolvidos na implantação de um serviço, o ambiente, estrutura organizacional, princípios, diretrizes e cultura da instituição, interação com o usuário etc.[26].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Esse método deverá orientar as tarefas para implantação do Cuidado Farmacêutico na unidade de saúde, conforme descreveremos adiante.

Objetivos

Nos objetivos devem ser descritas as propostas que você pretende desenvolver com o projeto. Neste caso, o objetivo geral é a implantação do cuidado, mas o processo de implantação demanda a execução de algumas etapas que são descritas nos objetivos específicos, conforme descrito abaixo.

Objetivo geral

Sugestão de texto para o objetivo geral:

> O objetivo do presente projeto é propor, desenhar e implantar um serviço de Cuidado Farmacêutico nesta Unidade Básica de Saúde (ou nas unidades básicas de saúde do município).

Objetivos específicos

Para os objetivos específicos sugerimos o seguinte texto:

> Para alcançar o objetivo geral proposto, buscaremos os seguintes objetivos específicos:
>
> - realizar um diagnóstico situacional do serviço de farmácia, considerando estrutura, caracterização dos recursos humanos, usuários, materiais, apontando lacunas e oportunidades para a implantação do Cuidado Farmacêutico;
> - desenvolver uma proposta de modelagem de serviços clínicos, com atendimento farmacêutico em consultório;
> - definir mecanismos de integração com equipe e atividades técnico-pedagógicas;
> - definir uma data para início das atividades propostas na modelagem.

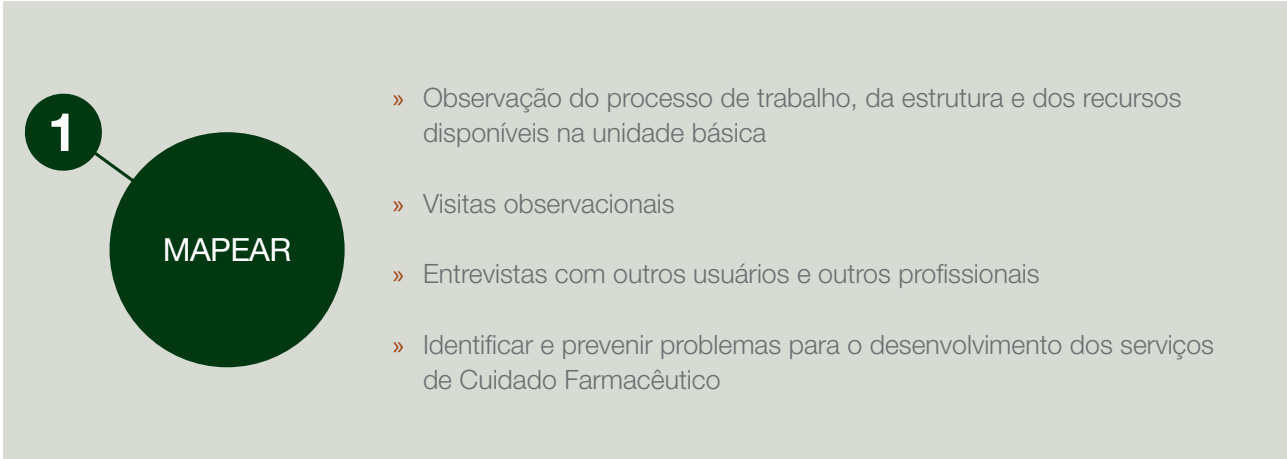
Desenvolvimento

A partir daqui você poderá propor ações com base nos objetivos previamente especificados. Para desenvolver as propostas você poderá recorrer ao método e à literatura. No projeto é importante descrever o que será feito em cada etapa. Sugerimos nos itens a seguir alguns exemplos para nortear a execução dessas etapas.

Diagnóstico situacional

No caso do diagnóstico situacional, utilize as ferramentas de mapeamento propostas pelo *design* de serviços, as quais propõem o reconhecimento do contexto em que o serviço (no caso o serviço de cuidado) deverá ser inserido (Figura 20).

Figura 20. Descrição da etapa de mapeamento



Fonte: Adaptado de Stickdorn e Schneider[25].

De maneira resumida o diagnóstico situacional é uma proposta de reconhecimento da realidade, transformando uma série de particularidades observáveis em relatórios textuais e pictóricos, passíveis de análise e fomentadores de debates[27]. Os dados compilados também podem ser apresentados para a equipe em um segundo momento. Com isso, pode-se construir um panorama para identificar pontos problemáticos e explicitar potencialidades e oportunidades para a implantação do novo serviço[28].

Algumas sugestões:

1 Crie um roteiro de entrevistas a serem realizadas com outros profissionais com questões do tipo: você poderia descrever quais são as atividades do farmacêutico na unidade de saúde?; na sua opinião, qual o papel do farmacêutico na Atenção Básica?; e/ou o que você acha da implantação do Cuidado Farmacêutico, no qual farmacêuticos atendam pacientes?. Você também pode fazer entrevistas com os pacientes, criando um mapa de expectativas.

2 Evidencie questões estruturais e fotografe esses ambientes. Por exemplo, fotografe a fila da farmácia, os consultórios que ficam vazios em determinados horários, as instalações da farmácia, formulários do ciclo logístico que podem ser preenchidos por profissionais de nível técnico etc.

3 Faça um mapeamento da sua rotina de trabalho, apontando claramente quais são as suas atividades diárias, desde o momento em que chega na unidade até a hora em que deixa o trabalho. Colete essas informações durante uma semana ordinária de trabalho.

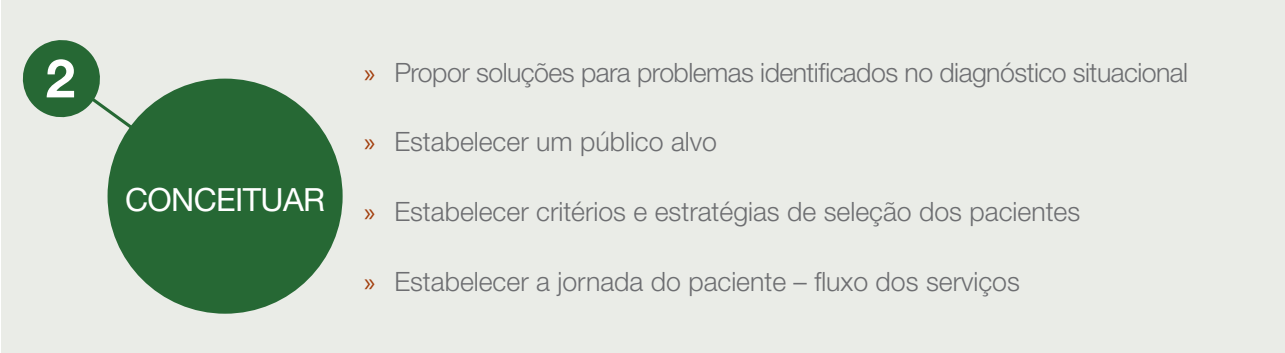
4 O resultado desta etapa poderá ser um relatório compilando trechos de entrevistas, fotos, gráficos apontamentos e considerações do farmacêutico. Também poderá ser desenvolvida uma apresentação para a equipe de saúde e gestão, fomentando um debate a respeito de pontos positivos e pontos que podem ser melhorados.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Modelagem do serviço

A modelagem do serviço é o coração do seu projeto. É nesse momento que você deverá construir uma série de instrumentos, definir a lógica de funcionamento e a estrutura mínima para o serviço de cuidado. Instrumentado pelo método de *design* de serviços, você desenvolverá as etapas de **conceituar**, **desenhar** e **refletir**, que correspondem aos passos 2, 3 e 4 do *design*[29] (Figuras 21, 23 e 26).

Figura 21. Descrição da etapa de conceituação do serviço



Fonte: Adaptado de Stickdorn e Schneider[25].

Baseado nos conhecimentos adquiridos neste curso, você precisará propor um conceito do serviço, testando ideias, explicitando processos. Além disso, deverá fazer um paralelo com o diagnóstico situacional, indicando mudanças, soluções de problemas e limitações.

Tipos de serviços, público-alvo e critérios de seleção

Como pontos estratégicos desta etapa sugerimos inicialmente a definição do(s) tipo(s) de serviço oferecido, tais como atendimento em consultório, atendimento compartilhado e atendimento em domicílio.

Em seguida é necessário estabelecer qual será o público alvo do serviço. A definição de critérios de seleção dos pacientes (inclusão e exclusão) de pacientes poderá ser de grande ajuda nesta fase. Esse público-alvo, considerando o contexto de um serviço público de saúde, pode ser compreendido como um recorte da população no qual são privilegiados os indivíduos que mais necessitam do serviço. No caso, os pacientes com maior risco de desenvolver problemas relacionados a medicamentos são aqueles que normalmente são selecionados como público-alvo. Outro elemento é a especificidade da demanda do ponto de atenção à saúde. O estabelecimento dos critérios de risco devem ser referenciados pela literatura[29].

Você pode desenvolver instrumentos ou capacitar profissionais da equipe para identificação dos pacientes que atendem aos critérios de seleção, bem como para explicar a natureza do serviço e encaminhar esses pacientes para o farmacêutico.

Também é importante criar um elemento gráfico indicando participação e fluxos de pessoas no serviço de Cuidado Farmacêutico, indicando ainda a integração desse serviço com outros pontos de atenção à saúde, como ilustrado na Figura 22.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Figura 22. Exemplo de uma ilustração compilando dados de modelagem de um atendimento farmacêutico em consultório

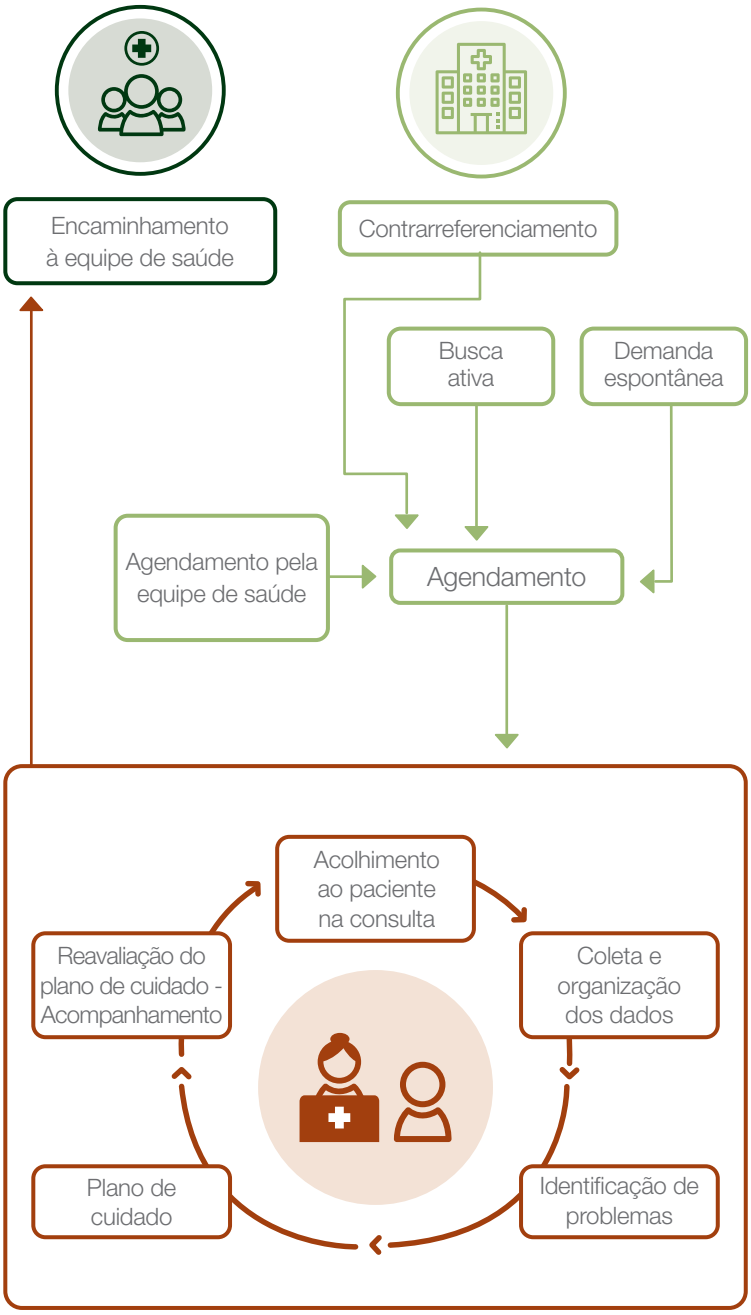
MODELAGEM DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO FARMACÊUTICO EM CONSULTÓRIO

Critérios de seleção:

Em uso de ≥ 4 medicamentos + possuir pelo menos um fator de risco adicional para problemas da farmacoterapia.

Riscos da farmacoterapia:

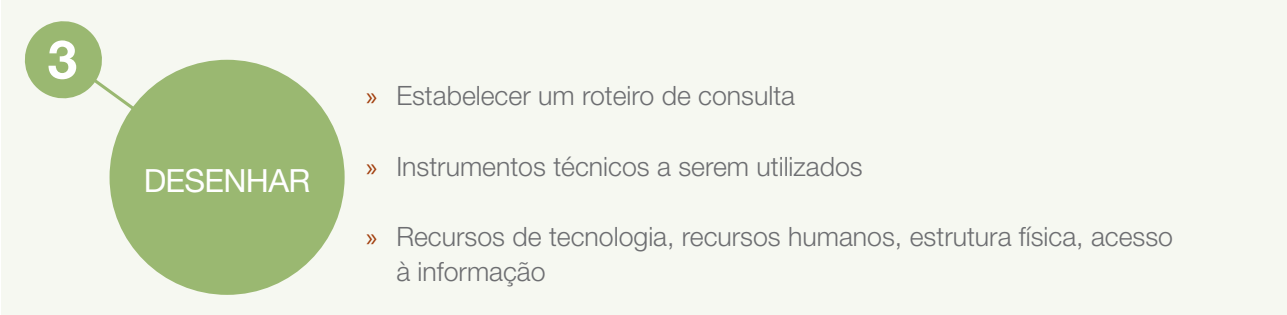
- Possuir mais que 2 doenças crônicas diagnosticadas;
- Ter sido internado nos últimos 6 meses;
- Ter dúvidas ou problemas com o uso dos medicamentos;
- Possuir problemas de adesão ao tratamento;
- Possuir dificuldades de acesso;
- Possuir prescrições por 2 ou mais médicos diferentes;
- Retirar os medicamentos em duas ou mais farmácias;
- Apresentar problemas de efetividade ou segurança dos tratamentos previamente identificados.



Fonte: Elaboração própria e Imagem - Flaticon ©.

Na fase de desenho você deverá elaborar os instrumentos que utilizará no serviço, os quais estruturam o processo de trabalho. Sugerimos que sejam desenhados roteiros de consulta, formulários de atendimento e instrumentos de avaliação e autoavaliação para serem aplicados durante a consulta. Você pode se apropriar desses instrumentos na literatura, desde que devidamente referenciados. Esse é o momento de definir também a estrutura física mínima necessária, com descrição de custos[1].

Figura 23. Descrição da etapa de desenho do serviço

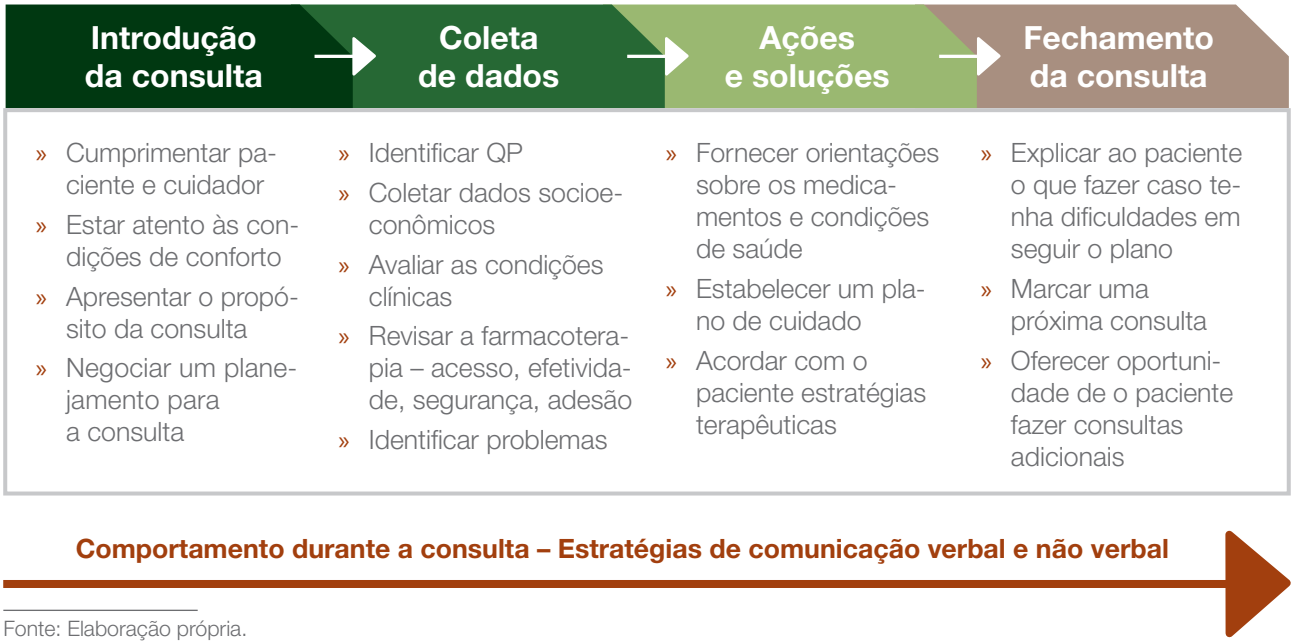


Fonte: Adaptado de Stickdorn e Schneider[25].

Roteiro de consulta

Com base nos seus conhecimentos do método clínico você poderá estabelecer um roteiro de consulta para classificar os momentos do atendimento. Eles podem orientar etapas comunicacionais fundamentais a serem abordadas com o paciente e/ou cuidador. É importante detalhar cada passo no texto[30]. A Figura 24 ilustra uma sugestão de roteiro de consulta.

Figura 24. Modelo gráfico representando o roteiro da consulta



Fonte: Elaboração própria.

Formulário de atendimento e instrumentos de avaliação

Um instrumento essencial quando se está modelando o Cuidado Farmacêutico é o **formulário de atendimento**. Esse formulário orienta (e de certa forma padroniza) as ações da consulta. Ele também tem uma função didática e é especialmente útil para os farmacêuticos que não têm experiência clínica e estão iniciando as atividades de cuidado. Outra função importante é a de documentar a consulta, tornando-se uma fonte de indicadores para monitoramento do serviço.

Você poderá utilizar modelos já publicados na literatura para construir seu formulário de atendimento. Um bom exemplo é o formulário descrito no Caderno 2 do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica do Ministério da Saúde[30], onde estão descritos construtos muito relevantes, dos quais você poderá se apropriar. Sugerimos que no seu formulário constem construtos para registros de **perfil do paciente, história social, avaliação das queixas e problemas de saúde, história da farmacoterapia, identificação de problemas e elaboração do plano de cuidado**. No processo de apoio à implantação proposto enquanto etapa do projeto em que se insere este curso haverá uma proposta de formulário de atendimento padronizado.

Outros instrumentos que você precisa pensar em integrar ao serviço são instrumentos de avaliação específicos, como escalas visuais analógicas de qualidade de vida e percepção geral da saúde, instrumento para rastreamento de reações adversas e dificuldades com o manejo dos medicamentos (Figura 25).

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Figura 25. Exemplo de uma escala visual analógica para avaliar a percepção geral de saúde durante a consulta

Fonte: Adaptada de Souza (p. 74)[31] e Imagem - Flaticon ©.

Além disso, podem integrar o serviço: materiais impressos para entregar ao paciente, com lista ou calendário posológico, materiais educativos, diários de automonitoramento, organizador de comprimidos, entre outros. Tudo isso deve ser pensado neste momento da modelagem.

Estrutura mínima e previsão de custos

Outra etapa muito importante que compõe o desenho do serviço é estabelecer a estrutura mínima para desempenho das atividades clínicas[1]. Isso compreende, pelo menos:

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

1

As características do consultório

Na escrita do projeto você poderá definir algumas características que julgue importantes para o consultório, como limpeza, pintura, número de cadeiras, conforto térmico etc. É importante estar atento para a estética do consultório onde você atenderá os pacientes, pois esta é a primeira mensagem passada ao usuário. As paredes não podem estar sujas, você pode colocar alguns enfeites ou arranjos de plantas, porém, seja cuidadoso com isso. Normalmente nas unidades de saúde os espaços são compartilhados por vários profissionais e você terá que utilizar consultórios em momentos em que não estejam sendo utilizados pelos médicos. Contudo, é fundamental estabelecer uma agenda de uso do consultório para não ter que ficar procurando espaços ociosos no horário de atendimento.

2

Instrumentos técnicos

Para atender um paciente você precisará de alguns instrumentos técnicos como esfigmomanômetros para medição da pressão, glicosímetro com fitas para medida da glicemia, fita métrica para medição da circunferência abdominal e balança. Identifique os instrumentos recomendados por diretrizes e faça um orçamento dos materiais que precisem ser adquiridos.

3

Instrumentos tecnológicos

Também é importante que haja um computador no consultório, pois proporciona acesso ao sistema informatizado do município, com histórico clínico dos pacientes, informação científica além de registro em prontuário eletrônico.

4

Materiais de escritório

Devem ser considerados como requisitos de estrutura física necessários para consulta, por isso é necessário prever gastos com materiais impressos para confecção de formulários de atendimentos e instrumentos de avaliação.

5

Custos

É válido estabelecer uma planilha com detalhes dos custos para implantação do serviço. Lembre-se de que o ideal é que a implantação gere o mínimo de custos possíveis para a gestão e que sejam aproveitados recursos humanos e físicos já existentes na unidade de saúde. O serviço pode ser implantado, principalmente pela reorganização do processo de trabalho do farmacêutico e, em alguns casos, considere que seu consultório poderá ser paulatinamente melhorado após a implantação e verificação de resultados do serviço.

Redefinição do processo de trabalho

Dentro da sua rotina de trabalho você deverá dispor de um tempo para as atividades de cuidado. Por isso consideramos fundamental um exercício de redefinição do seu processo de trabalho. Você se lembra da etapa de mapeamento, em que você deveria apontar quais eram as suas atividades rotineiras? Pois bem, agora é a hora de verificar quais dessas atividades podem ser realocadas, agilizadas ou delegadas a outros profissionais técnicos supervisionados[1].

A intenção é que você libere espaço na sua agenda para dispor de tempo para atividades clínicas (atividades em consultório) e técnico-pedagógicas (atividades com equipe e/ou paciente). Dentre as atividades de consultório estão a revisão de prontuário, marcação de consulta, atendimento a pacientes e preenchimento de prontuários e formulários. Entre as atividades com a equipe podemos citar a discussão de casos, treinamento de profissionais técnicos, promoção de debates sobre temas relacionados ao uso de medicamentos etc.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Sendo assim, é importante sinalizar a necessidade de apoio técnico supervisionado nas atividades mais burocráticas de cunho logístico e administrativo do farmacêutico. A gestão precisa colaborar disponibilizando profissionais de nível técnico para realizar essas tarefas e entender que esses profissionais necessitam de um programa de treinamento periódico.

Mecanismos de integração e ações técnico-pedagógicas

O Cuidado Farmacêutico não sobrevive se for pensado como um conjunto de serviços isolados e exclusivos. Por isso é importante definir mecanismos e estratégias de integração entre o Cuidado Farmacêutico e os demais serviços na Unidade Básica de Saúde e entre o Cuidado Farmacêutico e diferentes níveis de atenção. Você poderá desenhar modelos e instrumentos de encaminhamento do paciente, estabelecer propostas de discussão periódica com a equipe, ações no território e momentos para atividades técnico-pedagógica.

1

Referência e contrarreferência

O farmacêutico do cuidado é corresponsável nos processos de identificação da necessidade de referência dos pacientes que atende. Em conjunto com os demais profissionais e equipes da unidade, o farmacêutico pode auxiliar na qualidade e monitoramento da trajetória terapêutica do paciente (assunto tratado anteriormente neste curso, se necessário releia o conteúdo da *Aula 22*). A contrarreferência garante a continuidade do cuidado na Atenção Básica. No projeto é importante pensar em estratégias de comunicação com outros serviços, garantindo uma boa gestão clínica.

2

Matriciamento

O matriciamento é a ferramenta que orienta o funcionamento das equipes de saúde no sentido do trabalho colaborativo e busca fortalecer um compromisso com a produção em saúde, a condução, o compartilhamento e a corresponsabilização pelos casos (conforme discutido na *Aula 21*). Para implantação do cuidado é importante pensar em estratégias para ações colaborativas entre equipes de saúde. Essas ações podem acontecer no território, em atividades clínicas compartilhadas, em condutas clínicas específicas do farmacêutico no desenvolvimento de ações técnico-pedagógicas.

3

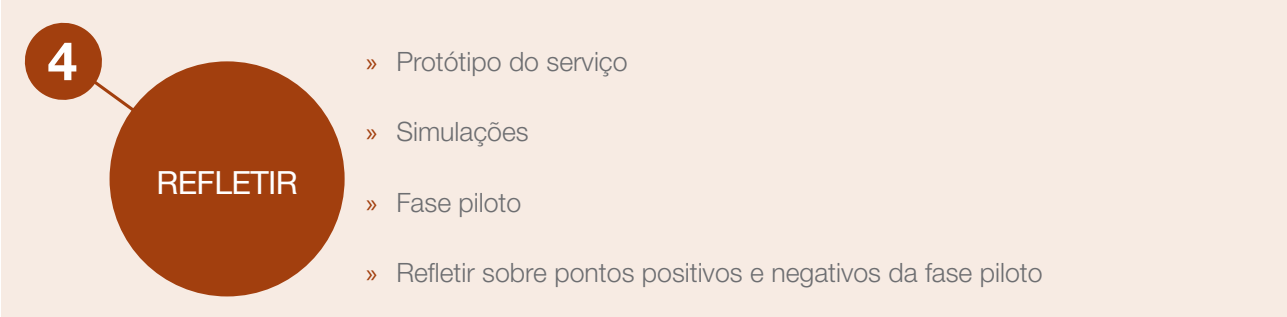
Ações técnico-pedagógicas

Ações de natureza técnico-pedagógicas do Cuidado Farmacêutico podem se dar de várias maneiras, mas se manifestam principalmente nas atividades de apoio e educação permanente. Podem ser propostas oficinas de formação com agentes comunitários, com a Equipe Saúde da Família e até com profissionais de outras unidades. Projetos de capacitação de pessoal técnico, por exemplo os técnicos de referência da farmácia que desenvolvem tarefas ligadas aos serviços logísticos, também são exemplos de atividades técnico-pedagógicas. São atividades que fomentam a discussão da equipe sobre o uso racional de medicamentos criando debates formativos sobre o tema. O Comitê sobre o Uso Racional de Medicamentos (CURAME) é uma estratégia que foi utilizada em Curitiba e que também pode ser proposta de maneira semelhante no seu projeto[32].

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Na etapa de reflexão você pode fazer a rodagem teste do serviço. Trata-se de uma verificação final, antes do início das atividades. Pode ser realizada através de uma simulação realística ou, em alguns serviços, de uma rodagem teste do serviço.

Figura 26. Descrição da etapa de reflexão



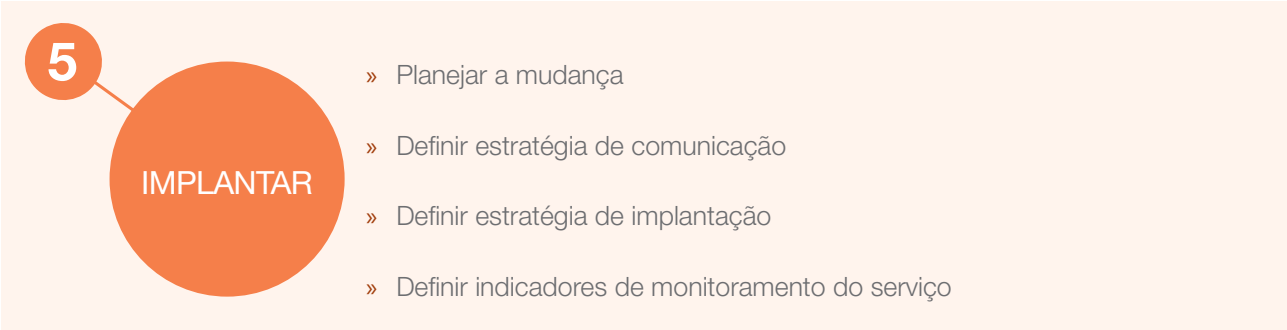
Fonte: Adaptado de Stickdorn e Schneider[25].

No caso do serviço de cuidado essa fase piloto pode ser realizada em um dia reservado para atendimento de alguns pacientes. Posteriormente deve haver uma seção de avaliação para identificar problemas, falhas, necessidades adicionais ou mesmo para detalhar com mais fidedignidade a lógica de operação do serviço. Apesar de parecer ser simples, essa é uma etapa importantíssima da modelagem de serviços.

Implantação dos serviços

A implantação é a fase final proposta no projeto. Implica na mudança da realidade do farmacêutico, considerando princípios, diretrizes e organização do SUS, o método clínico, as expectativas e necessidades dos pacientes. A implantação é o pontapé inicial para efetivação do serviço na unidade de saúde, monitoramento dos resultados e reconhecimento pelos usuários e pela equipe de saúde.

Figura 27. Descrição da etapa de implantação



Fonte: Adaptado de Stickdorn e Schneider[25].

A preparação para a mudança é como um evento de inauguração. É preciso que o suporte técnico esteja bem preparado, consciente de suas funções, que a equipe esteja informada, que a estrutura esteja disponível, adequada e suficiente. Além disso, é necessário que o farmacêutico se reconheça nesse novo papel de cuidador, se sinta tecnicamente preparado para oferecer um serviço com objetivos bem claros. É possível propor à gestão o uso de estratégias para divulgação do serviço para a população, por exemplo, nos meios de comunicação de massa local.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Indicadores para o serviço

A implantação é um processo *contínuo* e prevê a perpetuidade do serviço na Unidade Básica de Saúde. Por isso é fundamental estabelecer uma série de medidas que servirão de indicadores para avaliação do serviço[33].

Os indicadores são estratégias para identificar se um serviço está se desenvolvendo corretamente e cumprindo as metas e/ou as expectativas[34]. O monitoramento intermitente do serviço de cuidado pode identificar problemas a serem corrigidos e permite avaliar o impacto das atividades no contexto da sua unidade de saúde[35].

As fontes de indicadores para o Cuidado Farmacêutico são, principalmente, os sistemas de informação (como prontuário eletrônico) e os formulários de atendimento, mas alguns dados também podem ser coletados diretamente com o paciente ou com a equipe de saúde[36]. Os indicadores podem ser obtidos através de metodologias qualitativas ou quantitativas, sendo este último o método mais utilizado. No Cuidado Farmacêutico aconselhamos classificar os indicadores em:

1

Indicadores de estrutura

Fornecem informações sobre recursos humanos e físicos ou capacidade presumida de provedores para efetuarem uma assistência de qualidade. Isso inclui profissionais, sistemas de assistência, suporte financeiro, área física, equipamentos, acessibilidade, protocolos, entre outros. Determina padrões mínimos de capacidade de funcionamento e de provisão de cuidados. A estrutura não assegura a qualidade da assistência e necessita ser combinado com indicadores de desempenho[37,38]. Exemplos desses indicadores são: disponibilidade de profissionais farmacêuticos na unidade, disponibilidade de técnicos de farmácia na unidade e disponibilidade de consultório para atendimento farmacêutico por profissional farmacêutico.

2

Indicadores de oferta

FOs indicadores de oferta revelam a intenção e a disponibilidade do serviço em atender determinada demanda. No caso do nascente serviço de cuidado, ele ajudará a determinar a persistência da execução das atividades e a dimensão em que elas estão ocorrendo na unidade de saúde[38]. Exemplos desses indicadores são: número de farmacêuticos desenvolvendo serviços de cuidado na atenção básica, número de horas mensais disponível para realização de consulta farmacêutica por profissional farmacêutico na UBS.

3

Indicadores de demanda

Referem-se, principalmente, ao público-alvo estabelecido pelo Cuidado Farmacêutico à efetividade dos mecanismos de identificação e de busca dessa demanda. Também indica quanto o serviço consegue absorver dessa demanda[38]. Exemplos desses indicadores são: porcentagem de ocupação da agenda farmacêutica, porcentagem de pacientes atendidos provenientes de busca ativa, porcentagem de pacientes atendidos provenientes de demanda espontânea, porcentagem de pacientes atendidos provenientes de encaminhamento feito pela equipe.

4

Indicadores de processo

Avaliam as atividades clínicas ou técnico-pedagógicas realizadas, incluindo as condutas técnicas e os processos de relação interpessoal entre paciente, farmacêutico e equipe de saúde e indicam o quanto as atividades vinculadas ao Cuidado estão sendo efetivamente realizadas[37,38]. Exemplos desses indicadores são: consultas na UBS em cada mês, porcentagem de absenteísmo nas consultas farmacêuticas, média de tempo da consulta farmacêutica de primeira vez, média de tempo da consulta farmacêutica de retorno.

5

Indicadores de resultado

Fornecem informações sobre os efeitos dos cuidados nas ações de saúde e na qualidade de vida do paciente e da população. Também podem avaliar o grau de satisfação do receptor (paciente) em relação ao próprio prestador de serviços (farmacêutico), no que concerne às atividades de Cuidado[38]. Exemplos desses indicadores são: porcentagem de pacientes atendidos com problema de saúde controlado ou curado, número médio de problemas identificados por paciente no período, número de condutas farmacêuticas identificadas por paciente no período.

Após a definição de todos esses processos, a última tarefa é estipular uma data para iniciar os serviços e a nova dinâmica de trabalho. Agende seus pacientes e mãos à obra!

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Cronograma

Monte um cronograma factível, descrevendo todas as etapas de implantação do cuidado. Isso ajuda a organizar o tempo, planejar as ações, além de oferecer uma perspectiva para a gestão. Veja um exemplo ilustrativo de cronograma no Quadro 8.

Quadro 8. Cronograma de atividades do projeto

	2019	2020		
Atividades	2º semestre	1º bimestre	2º bimestre	3º bimestre
Capacitação para o método clínico	X			
Revisão bibliográfica		X		
Diagnóstico situacional		X		
Modelagem dos serviços		X		
Implantação			X	
Verificação dos primeiros indicadores				X

Fonte: Elaboração própria.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Apresentação do projeto para equipe de saúde e gestor

Se você desenvolveu um projeto de implantação factível, está empolgado e disposto a implantar o Cuidado Farmacêutico em sua unidade de saúde, agora é a hora de fazer a apresentação do projeto à equipe de saúde e ao gestor.

Essa apresentação tem a função de informar, sensibilizar para a necessidade da implantação e pactuar esse processo junto aos gestores e à equipe de saúde. Essa etapa é muito importante e deve ser pensada cuidadosamente.

Se o processo de implantação estiver acordado com a gestão e for aceito pela equipe de saúde, todas as fases do projeto se darão de maneira mais espontânea, reduzindo atritos e intercorrências de ordem interpessoal e burocrática.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Definição de uma equipe de condução

Consideramos sobremaneira importante a formação de uma equipe de condução do projeto em seu município. Essa equipe poderá ser formada majoritariamente por farmacêuticos da rede de atenção do município, que igualmente tenham intenção de implantar o Cuidado Farmacêutico. Também podem participar dessa equipe de condução outros profissionais de saúde e membros da gestão municipal que defendam a ideia da implantação do Cuidado Farmacêutico[30].

O ideal é que esse grupo realize reuniões periódicas com a intenção de aprimorar o projeto de implantação, discutir conceitos, definir estratégias de trabalho, resolver problemas durante o processo de execução do projeto, propor momentos para sensibilização/pactuação com a equipe/gestão, bem como lutar por condições para implantação do Cuidado Farmacêutico nas unidades de saúde, afinal, a implantação do cuidado também é um ato político, no contexto da saúde pública.

Após a implantação a equipe de condução segue existindo e tem uma função de articuladora e motivadora da perenidade dos serviços. A equipe de condução também pode definir um calendário de capacitação periódica, bem como elaborar materiais informativos e científicos que podem ser utilizados nas consultas ou apresentados em reuniões distritais, congressos científicos etc.

A equipe de condução tem a função de manter o serviço vivo e para manter-se vivo um serviço precisa se movimentar, se comunicar e gerar impacto na sociedade. Além disso, é importante que o farmacêutico não se sinta só nesse processo de construção e transformação da realidade da profissão farmacêutica no Sistema Único de Saúde.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Síntese da Aula

Nesta aula abordamos aspectos relacionados ao processo de implantação do Cuidado Farmacêutico, apresentando os principais elementos desse processo na forma de um projeto de intervenção. Esse projeto é composto de uma revisão bibliográfica, justificativa, definição de métodos e objetivos. Posteriormente, demonstramos a organização de um processo de desenvolvimento das atividades, focando nas etapas de diagnóstico situacional, modelagem e implantação dos serviços. Consideramos como elementos importantes do processo de implantação a apresentação do projeto para a equipe de saúde e para os gestores com o objetivo de informar, sensibilizar e pactuar a implantação. Igualmente, sugerimos que seja formada uma equipe de condução, a qual atuará transversalmente em todo o processo, desde a produção do projeto até a sua implantação. A equipe de condução também será responsável por propor e executar estratégias para a garantia da permanência e do bom funcionamento dos serviços de cuidado no município.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 3: Planejamento e implantação de serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à saúde: a experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120 p.

2. Brasil, Ministério da Saúde. Entendendo o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

3. Mattos RAd. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2009;13:771-80.

4. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Saúde OP-Ad, il. p, editors. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

5. Lopes AS, Vilar RLAd, Melo RHVd, França RCdS. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. Saúde em Debate. 2015;39:114-23.

6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, set. 2017 [acesso em 3 dez. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

7. Godoy RR. Análise qualitativa da interação farmacêutico-paciente em consultas ambulatoriais e desenvolvimento de serviços de Cuidado Farmacêutico na rede atenção à saúde de Curitiba [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná (UFPR); 2017.

8. Rosemberg B. O medicamento como mercadoria simbólica. Cadernos de Saúde Pública. 1992;8:207-9.

9. Soyama P. Ideia de que a saúde pode ser comprada intensifica o consumo de medicamentos. Ciência e Cultura. 2006;58:11-2.

10. Descovi MSR, Renovato RD, Cunha KOA, da Silva CA, Dal Vesco JR. Representações culturais sobre uso racional de medicamentos em usuários hipertensos e diabéticos na Atenção Básica de Dourados, MS. In: Anais do 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem na Região Centro-Oeste (SENPE): Ciências da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade, Campo Grande, MS, 2011 [acesso em 3 dez. 2019]. Disponível em: https://anaisonline.uems.br/index.php/enic/article/download/1579/1593.

11. Melo DOd, Castro LLCd. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22:235-44.

12. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Sirirak T, Jenraumjit R, Jiraniramai S, Lerttrakarnnon P. Predictors of polypharmacy among elderly Thais with depressive and anxiety disorders: findings from the DAS study. BMC geriatrics. 2018 Dec 12;18(1):309.

13. Han N, Han SH, Chu H, Kim J, Rhew KY, Yoon JH, et al. Service design oriented multidisciplinary collaborative team care service model development for resolving drug related problems. PLoS One. 2018;13(9):e0201705.

14. Schulz M, Griese-Mammen N, Anker SD, Koehler F, Ihle P, Ruckes C, et al. Pharmacy-based interdisciplinary intervention for patients with chronic heart failure: results of the PHARM-CHF randomized controlled trial. European journal of heart failure. 2019 Aug;21(8):1012-21.

15. Lehmann DF, Medicis JJ. A pharmacoeconomic model to aid in the allocation of ambulatory clinical pharmacy services. J Clin Pharmacol. 1998 Sep;38(9):783-91.

16. Berenguer B, La Casa C, de la Matta MJ, Martin-Calero MJ. Pharmaceutical care: past, present and future. Curr Pharm Des. 2004;10(31):3931-46.

17. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and adverse drug reactions in United States hospitals. Pharmacotherapy. 2006 Jun;26(6):735-47.

18. Almeida ATC, Sa EB, Vieira FS, Benevides R. Impacts of a Brazilian pharmaceutical program on the health of chronic patients. Rev Saúde Pública. 2019 Jan 31;53:20.

19. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Revista Pan-Amazônica de Saúde. 2011;2:41-9.

20. Brasil, Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 106 p.

21. Aljumah K, Hassali MA. Impact of pharmacist intervention on adherence and measurable patient outcomes among depressed patients: a randomised controlled study. BMC Psychiatry. 2015;15:219-9.

22. De Lyra DP, Kheir N, Abriata JP, da Rocha CE, Dos Santos CB, Pela IR. Impact of Pharmaceutical Care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirao Preto (SP), Brazil. Ther Clin Risk Manag. 2007 Dec;3(6):989-98.

23. Moss JM, Bryan WE, 3rd, Wilkerson LM, Jackson GL, Owenby RK, Van Houtven C, et al. Impact of Clinical Pharmacy Specialists on the Design and Implementation of a Quality Improvement Initiative to Decrease Inappropriate Medications in a Veterans Affairs Emergency Department. J Manag Care Spec Pharm. 2016 Jan;22(1):74-80.

24. Samir Abdin M, Grenier-Gosselin L, Guenette L. Impact of pharmacists' interventions on the pharmacotherapy of patients with complex needs monitored in multidisciplinary primary care teams. Int J Pharm Pract. 2019 Aug 29.

25. Stickdorn MS, Schneider J. (Orgs.) Isto é design thinking de serviços. Porto Alegre: Bookman; 2014.

26. Lee E. A service design thinking approach for stakeholder-centred eHealth. Studies in Health Technology and Informatics. 2016;228:177-81.

27. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. Trabalho, Educação e Saúde. [Internet] Nov. 2010 [acesso em 3 dez. 2019];8(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003.

28. Freire MSM, Salles RPS, Sá RMPF. A mapping of 'healthy territory' initiatives, their characteristics and effectiveness. Ciên Saúde Colet. Jan/Jun 2016;21(6):1757-66.

29. Mannonen P, Kaipio J, Nieminen MP. Patient-centred design of healthcare services: meaningful events as basis for patient experiences of families. Studies in health technology and informatics. 2017;234:206-10.

30. Brasil, Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 304 p.

31. Souza TT. Desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico a pacientes polimedicados [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.

32. Brasil, Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 4: Resultados do processo de implantação do cuidado farmacêutico no município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 102 p.

33. Alano GM, Corrêa TS, Galato D. Indicadores do Serviço de Atenção Farmacêutica (SAF) da Universidade do Sul de Santa Catarina. Ciência & Saúde Coletiva, 2012;17(3):757-64.

34. Saúde Ad. Entendendo os indicadores de saúde 2016.Material audiovisual [acesso em 01/12/2019] disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=FCxsXAC25KU&t=119s.

35. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? Jama. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8.

36. Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMCd. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(3):9.

37. Soller SAdL, Regis Filho GI. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. Revista de Administração Pública. 2011;45(3):20.

38. Santos FTC, Silva DLM, Tavares NUL. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. Braz J Pharm Sci. 2018;54(3).

Autor

Rangel Ray Godoy

Farmacêutico, com mestrado em ciências farmacêuticas, doutorando em ciências farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Experiência com avaliação de tecnologias de saúde, atenção básica, cuidado farmacêutico em atenção primária, secundária e terciária e com design e implantação de serviços de cuidado farmacêutico.

Anotações

Anotações

Anotações

Anotações

1ª edição: Dezembro de 2020
Impressão: Magengrafica
Papel de miolo: Papel Couche Fit 115g/m^2
Papel de capa: Papel Supremo Alta Alvura 300g/m^2 – Laminação Fosca
Tipologia: Família Helvetica Neue

ISBN 978-85-334-2855-3
Volume 5

ISBN 978-85-334-2850-8
Coleção

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

PROADI SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

DISQUE SAÚDE 136

OSWALDO CRUZ HOSPITAL ALEMÃO
CONASEMS
SUS
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Governo Federal