

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB)

1ª Edição Revisada – *Versão Preliminar*

Brasília – DF  
2018



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica

# Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB)

1ª Edição Revisada – *Versão Preliminar*



Brasília – DF  
2018

2018 Ministério da Saúde.



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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição revisada - 2018 - versão preliminar eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
Esplanada dos Ministérios,  
Bloco "G", 7º Andar  
CEP: 70.058-900 Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-9090  
E-mail: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
Site: [dab.saude.gov.br](http://dab.saude.gov.br)

*Supervisão Geral:*  
Allan Nuno Alves de Sousa  
João Salame Neto

*Coordenação Técnica Geral:*  
Dirceu Ditmar Klitzke  
Erika Rodrigues de Almeida

*Organização:*  
Alyne Araújo de Melo  
Kimielle Cristina Silva  
Olivia Lucena de Medeiros  
Sílvia Reis

*Elaboração de texto:*  
Alyne Alves de Melo  
Celmário Castro Brandão

Daniela Álvares Machado Silva  
Karina Augusta Viana  
Kimielle Cristina Silva  
Olivia Lucena de Medeiros  
Rachel Cristina Cardoso Pereira  
Wenderson Henrique Rocha

*Colaboração:*  
José Miguel do Nascimento Júnior  
Karen Sarmento Costa  
Maria Ondina Paganelli  
Orlando Mário Soeiro

*Coordenação Editorial*  
Júlio César de Carvalho e Silva

*Revisão:*  
Ana Paula Reis e Silva

*Normalização:*  
Mariana Andonios Spyridakis Pereira – Editora MS/CGD

*Projeto gráfico, diagramação, capa e arte-final:*  
Leonardo Gonçalves

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.  
Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB) [recurso eletrônico] /  
Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

33 p. : il.

Modo de Acesso: World Wide Web.

1. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). 2. Assistência Farmacêutica. 3. Saúde da Família. 4. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

CDU 615.1:614.39

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

*Título para indexação:*

Expanded center of family health and primary care

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 O FARMACÊUTICO INSERIDO NA PRÁTICA DO NASF AB	9
2.1 Apoio matricial: gestão de casos e educação permanente	9
2.2 Tomadas de decisão e estratégias a seguir	10
2.3 Atuando no apoio técnico-pedagógico	12
2.4 Nasf AB: interface com as práticas integrativas e complementares (PIC)	12
2.5 Participação social e intersetorialidade	13
3 A CLÍNICA FARMACÊUTICA: APRENDENDO A SE RESPONSABILIZAR PELO INDIVÍDUO E SUA FARMACOTERAPIA	15
3.1 Quem são os indivíduos que devem ser referenciados para o cuidado farmacêutico no Nasf AB?	15
3.2 Então... sob a ótica do cuidado farmacêutico	16
4 FECHANDO O CICLO... ATIVIDADES TÉCNICO-GERENCIAIS	23
4.1 Seleção	24
4.2 Programação	25
4.3 Aquisição	25
4.4 Armazenamento	25
4.5 Distribuição	25
4.6 Dispensação	25
4.7 A dispensação é considerada atividade clínica?	26
4.8 Correlacionando a farmacovigilância no ciclo da AF	26
5 HABILIDADES E COMPETÊNCIAS	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31
BIBLIOGRAFIA	33



# INTRODUÇÃO

# 1

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2017).

Para qualificar e ampliar o escopo de ações da Atenção Básica, em 2008, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Ao completar 10 anos da sua valorosa existência, os Nasf atualmente são regulamentados pelo Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, com a denominação de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB), e são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada e compartilhada com as equipes de Saúde da Família (eSF) e as equipes de Atenção Básica (eAB).

O avanço da ciência e a inovação tecnológica no desenvolvimento de medicamentos têm contribuído de forma efetiva para o controle das doenças, melhoria na qualidade de vida de indivíduos com doenças crônicas e aumento na expectativa de vida. Sob influência desses fatores, entre outros, o Brasil apresentou, em 2010, taxa de envelhecimento populacional em crescimento, com segmento de indivíduos considerados idosos (idade  $\geq$  60 anos) equivalente a 10,8% da população total do País (20.590.599 idosos em um total de 190.755.799 habitantes), segundo dados do Censo de 2010 (IBGE, 2011).

Desse modo, os medicamentos constituem um dos recursos terapêuticos mais utilizados na sociedade contemporânea. No entanto, um terço da população mundial não tem acesso regular a eles e, quando têm acesso, metade desses ainda não é prescrita ou dispensada adequadamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).



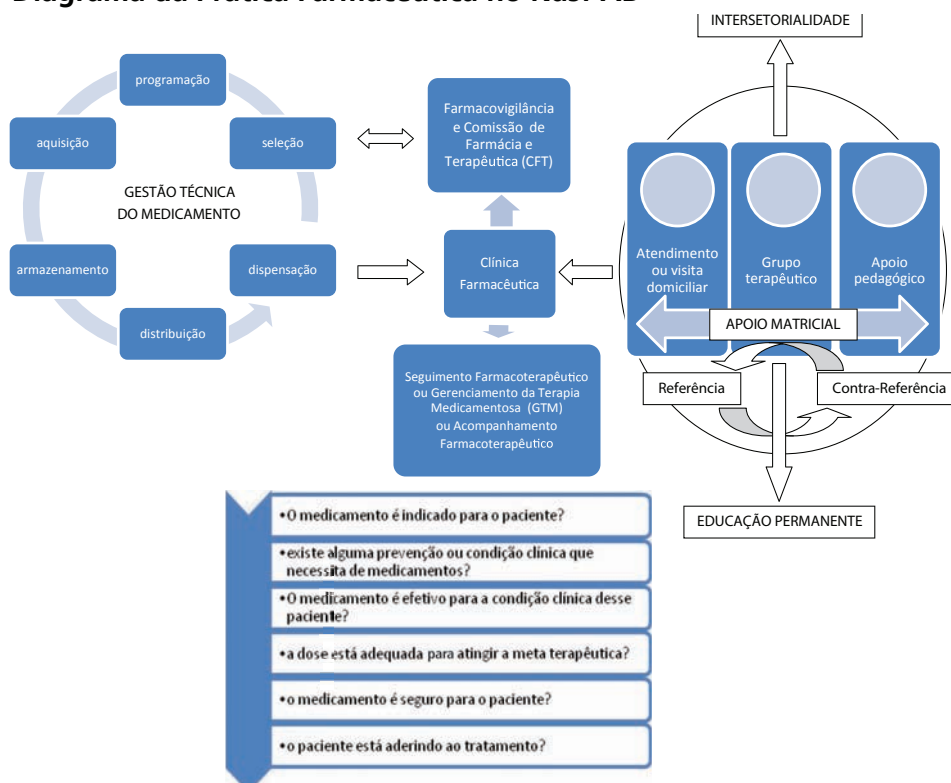
O uso incorreto e abusivo de medicamentos pode propiciar a ocorrência de óbitos por intoxicação. Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que a morbidade e a mortalidade causadas por produtos farmacêuticos estão entre os principais problemas de saúde, quadro que começa a ser reconhecido pelos profissionais de saúde e pela sociedade (MOTA et al., 2012).

Nesse sentido, o farmacêutico, como membro da equipe de saúde, contribui para a promoção da efetividade e segurança da farmacoterapia. Chisholm-Burns et al. (2010) observaram que a participação desse profissional na equipe de saúde esteve associada à diminuição da taxa de mortalidade, tempo de internação e retorno ao serviço de emergência, bem como à melhoria da relação hospitalização/readmissão. Observou-se, ainda, melhoria da segurança do paciente avaliando-se a incidência de eventos adversos, reações adversas e erros de medicação (CHISHOLM-BURNS et al., 2010).

Nesse contexto, cabe reconhecer o papel do profissional farmacêutico como protagonista, indutor e qualificador dessas práticas junto aos profissionais do Nasf AB e das equipes de referência de AB. Ressalta-se que a composição das equipes de Nasf AB deve ser definida com base nas necessidades do território e que a importância das diferentes categorias profissionais varia em cada local. Assim, quando presente, o profissional farmacêutico visa a qualificar o acesso da população à farmacoterapia, contribui para o uso racional de medicamentos, além de proporcionar cuidado farmacêutico aos usuários e à comunidade.

A Figura 1 resume as atividades que podem ser desenvolvidas por esse profissional nas unidades básicas de saúde (UBS), ações gerenciais e assistenciais, e que serão abordadas ao longo deste material.

**Figura 1 – Diagrama da Prática Farmacêutica no Nasf AB**



Fonte: Elaboração própria.

A gestão técnica é uma prática frequente na realidade do profissional farmacêutico, mas é importante correlacioná-la às atividades clínicas de modo a contemplar todas as etapas que envolvem (ou envolvam) o medicamento, desde sua seleção até a análise de seu uso por um indivíduo e pela comunidade. Todas as etapas atuam como engrenagens e não podem ser trabalhadas de forma isolada, contudo é possível conciliá-las em três grupos para auxiliar o raciocínio: gestão técnica do medicamento, atuação do farmacêutico junto às equipes multiprofissionais da Atenção Básica e cuidado farmacêutico.



# O FARMACÊUTICO INSERIDO NA PRÁTICA DO NASF AB

# 2

A composição de cada equipe do Nasf AB pode variar em função das necessidades locais ou das estratégias do gestor municipal. Dessa forma, os perfis dos núcleos são diferenciados, mas devem trabalhar conjuntamente com às equipes da AB às quais estejam vinculados. O profissional farmacêutico pode compor esse núcleo e atuar tanto em atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas, comum aos demais profissionais do Nasf AB (considerando questões de campo), como específicas do seu saber profissional (considerando questões de núcleo), que serão detalhadas posteriormente. Diante da amplitude de ações que podem ser desenvolvidas por esse profissional, torna-se importante contextualizar os possíveis cenários de prática dentro da AB.

O papel exato do farmacêutico na equipe multidisciplinar não parecia claro no momento da implantação no Nasf, em 2008. Hoje, sua atuação transcende para a interdisciplinaridade. Vamos conversar um pouco sobre isso?

## 2.1 Apoio matricial: gestão de casos e educação permanente

As reuniões são espaços importantes para a organização e a execução do trabalho integrado entre o Nasf AB e as eSF/eAB, além dos momentos para discussão de casos. Este dispositivo possibilita abertura para discussão e pode determinar as tomadas de decisão, não sendo somente um mero cenário de encaminhamento. As discussões acerca do caso em questão se constituem também como educação permanente. A troca de saberes permite que os profissionais da eSF/eAB retomem e reconduzam o caso sem, muitas vezes, a necessidade de intervenção de um novo profissional, o que favorece a apropriação de conhecimentos que podem ser úteis para futuras tomadas de decisão. São conhecimentos amplos e que não são exclusivos de determinado profissional. Um médico, por exemplo, pode se apropriar e repassar orientações básicas sobre alimentação saudável, assim como um enfermeiro pode orientar sobre o modo correto de uso de certo medicamento.

Durante a discussão dos casos, pode-se detectar algum de maior complexidade e que requeira elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trata-se, geralmente, de um caso em que a atual condição de saúde-doença é multifatorial e requer uma gestão mais ampliada e envolvendo toda a equipe multiprofissional de saúde. A análise da situação desse indivíduo ou família deve considerar também aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Dessa forma, as tomadas de decisão em relação ao diagnóstico e possíveis intervenções integram o escopo de um plano terapêutico, que deve contemplar também metas e responsabilidades dos profissionais de saúde envolvidos e, principalmente, dos indivíduos em questão, que são sujeitos ativos dentro desse processo.

## 2.2 Tomadas de decisão e estratégias a seguir

Os compartilhamentos com os profissionais do Nasf AB devem ser pactuados com as eSF/eAB. Como alternativas de atendimento, os profissionais do Nasf podem planejar atendimentos específicos, visitas domiciliares ou realizar grupos terapêuticos.

Os atendimentos poderão ser realizados de forma individualizada e específica (quando agendados com apenas um profissional) ou compartilhada. Vale lembrar que a decisão em realizar atendimento por um ou mais profissionais deve ser tomada levando em consideração particularidades de cada caso. Um indivíduo ou cuidador poderia receber, em um mesmo atendimento, orientação de mais de um profissional. Como exemplo, poderíamos citar um atendimento compartilhado entre médico e farmacêutico a um paciente em tratamento para tuberculose, cuja jornada de trabalho coincide com boa parte do período de funcionamento da UBS. Neste caso, o atendimento compartilhado poderia resultar em menor número de consultas para o usuário e, conseqüentemente, menor necessidade de ter que se ausentar do trabalho para realizar o acompanhamento adequado. Há situações em que o atendimento compartilhado deverá ser analisado com cautela. Por exemplo, um cuidador familiar idoso cuidando de outro idoso pode ter dificuldade em assimilar informações fornecidas por dois ou mais profissionais em um mesmo atendimento.

Os atendimentos domiciliares, compartilhados ou não, a princípio, são realizados, preferencialmente, aos indivíduos acamados, com dificuldade de deambulação ou de transporte/locomoção, mas, para o profissional farmacêutico, pode-se abrir nova condição. Às vezes, é necessário realizar uma visita domiciliar para verificar aspectos que podem não ser percebidos em atendimento específico na UBS, tais como: observar os locais em que os medicamentos são armazenados na residência; se são guardados juntamente com medicamentos de outros indivíduos que convivem na mesma casa; verificar se existe excedente ou falta de algum medicamento prescrito ou presença de outros não prescritos; averiguar se há algo no ambiente que possa ser utilizado para facilitar o uso dos medicamentos (vasilhames com cores diferentes para armazenamento ou cômoda ao lado da cama para facilitar as tomadas ao acordar, por exemplo).

Verifica-se que, em consultas realizadas na UBS, alguns indivíduos costumam se esquecer de levar as prescrições e os medicamentos em uso e, em visita domiciliar, o profissional pode evitar esses problemas e otimizar o tempo do farmacêutico na elaboração do plano de cuidados. Além disso, durante as visitas domiciliares, é possível que o farmacêutico qualifique os agentes comunitários de saúde (ACS), para aspectos rotineiros e importantes,

tornando-os multiplicadores de informações, por exemplo, o auxílio na organização de medicamentos ou orientação sobre o destino correto para descarte de medicamentos vencidos.

**O farmacêutico recebe casos somente por meio de discussão em reuniões de matriciamento?** De acordo com a prática, não. Ao realizar a dispensação na farmácia da UBS, pode-se detectar a necessidade de intervenção farmacêutica. Ou seja, o profissional pode realizar uma abordagem inicial e, posteriormente, apresentar à eSF/eAB o caso em reunião de matriciamento ou buscar diretamente o prescritor, dependendo da necessidade detectada. Os técnicos que atuam na farmácia da UBS também podem discutir com as eSF/eAB e com o farmacêutico os casos que despertem dúvida, como dose ou forma de uso diferente da usualmente observada. Nem todos esses casos terão indicação para acompanhamento farmacoterapêutico, pois parte das intervenções é pontual e pode ser resolvida em um único atendimento.

Observa-se que o encaminhamento de casos para o farmacêutico pode e deve ser dinâmico. Os que precisam de acompanhamento farmacoterapêutico ou gerenciamento da terapia medicamentosa serão discutidos, com maiores detalhes, no próximo capítulo. No entanto, vale ressaltar que a logística dessa comunicação deve ser planejada e efetiva, de modo a garantir a continuidade do cuidado. O processo de troca de informações sobre os casos pode ser verbal, durante as reuniões de matriciamento, ou por meio de documentos, guias de referência e contrarreferência, por exemplo, quando o profissional destinatário não for da mesma UBS. Independentemente da forma de repasse de casos, todas as informações relativas às referências e contrarreferências devem ser registradas no prontuário do indivíduo.

Outra estratégia que pode ser tratada em reuniões de matriciamento é a realização de grupos terapêuticos para indivíduos com demandas semelhantes e cujo objetivo pode ser atendido em um único encontro ou vários, com um ou mais profissionais de saúde. A parceria multiprofissional e interdisciplinar para atendimentos em grupos proporciona um olhar ampliado, objetivando promover saúde e bem-estar, prevenir e tratar doenças e/ou agravos. O profissional farmacêutico exerce papel importante dentro desse contexto, pois pode promover ou colaborar com atividades coletivas, como atividades de educação em saúde, oficinas, grupos de convivência, grupos operativos ou grupos terapêuticos, em parceria com os demais profissionais do Nasf AB ou da AB.

Alguns exemplos podem ser utilizados para ilustrar essas atividades, como: grupos terapêuticos para uso correto de insulina e insumos para controle do diabetes; atividade de educação em saúde sobre uso e descarte correto de medicamentos; participação em grupos voltados para educação alimentar e nutricional e redução de peso (devido ao uso indiscriminado de medicamentos para a “perda” de peso); apoio em grupos destinados a indivíduos com dores crônicas ou em uso crônico de benzodiazepínicos; oficinas de cuidado às pessoas com condições respiratórias (principalmente voltadas para crianças asmáticas e seus responsáveis); realização de grupos terapêuticos para incentivo à cessação tabágica; oficinas sobre uso de plantas medicinais; apoio em grupos de convivência de idosos, pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental; participação em grupos destinados ao planejamento familiar, grupos de gestantes, entre outras possibilidades.

Como trabalhar a multidisciplinaridade numa atividade em grupo? Podemos tomar como base o diabetes, que é uma condição crônica que requer abordagem e intervenção

por diferentes profissionais. Uma possibilidade de atividade coletiva seria um grupo terapêutico que abordasse questões de educação e orientação sobre diabetes com encontros semanais, por quatro semanas consecutivas. Em cada encontro, um assunto é abordado por um profissional diferente. Ao final do grupo, o indivíduo estaria empoderado em relação à desmistificação da doença crônica, ao diabetes e à necessidade da farmacoterapia, além do cuidado dos pés e estímulo para o autocuidado e alimentação saudável. Uma atividade coletiva que pode envolver o farmacêutico juntamente com o nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta, além de enfermeiro e médico da eSF/eAB.

### 2.3 Atuando no apoio técnico-pedagógico

No cotidiano de prática do profissional farmacêutico, é possível avaliar demandas para educação permanente voltadas para a qualificação de profissionais das eSF/eAB. Vamos exemplificar! O indivíduo que utiliza insulina precisa saber manusear a seringa ou caneta, lanceta, tiras e glicosímetro, então, é importante a orientação quanto à utilização desse medicamento e insumos. Mas se estes não forem utilizados corretamente? E se o profissional da AB não solicitar o glicosímetro na primeira consulta ou mapa glicêmico em suas consultas de retorno? E se o profissional que entrega os insumos na primeira vez não souber orientar corretamente sobre o modo de uso? Já parou para avaliar o resultado do acompanhamento desses indivíduos? Nestes casos, uma das estratégias seria promover espaços para aperfeiçoamento dos profissionais da eSF/eAB para discussão e estabelecimento de fluxo interno, de possíveis ações que possam contribuir para a diminuição do uso incorreto de insulina e insumos e, assim, maximizar os resultados farmacoterapêuticos.

Outra estratégia interessante é a avaliação de indivíduos asmáticos quanto à dispensação e utilização de medicamentos e dispositivos inalatórios.

Nas duas condições citadas acima, a revisão do processo de trabalho é importante, pois, na ocorrência de situações de urgência e emergência na UBS, a utilização correta da técnica pode ser determinante para a resolutividade do caso.

### 2.4 Nasf AB: interface com as práticas integrativas e complementares (PIC)

Conforme dito anteriormente, as equipes de Nasf AB podem ser compostas de profissionais de diferentes categorias. Muitos destes podem estabelecer parcerias que visem a integrar as ações do Nasf AB à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Caso contrário, é importante verificar, dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de seu município, se existem serviços ou profissionais ligados às Práticas Integrativas e Complementares (PIC), pois, assim, é possível realizar encaminhamentos quando intervenções inerentes a essas especialidades forem consideradas importantes para ampliar ou dar continuidade ao projeto terapêutico em questão. O farmacêutico também pode integrar as ações de PICs ao Nasf AB caso possua habilidades ou especialização em homeopatia, fitoterapia, acupuntura etc. Em alguns municípios, há farmácias vivas (ou verdes) e/ou farmácias homeopáticas, que, além de campo para prática profissional (produção e manipulação), devem despertar a atenção do farmacêutico para orientação sobre o uso correto de homeopáticos e fitoterápicos pela população tratada com esses medicamentos,

e compartilhar com as eSF/eAB os fluxos necessários para a utilização dos recursos das farmácias vivas (prescrição, dispensação etc.).

## 2.5 Participação social e intersetorialidade

A atuação do farmacêutico, assim como a dos demais profissionais do Nasf AB, deve ser ampliada e não focada apenas na atenção ao indivíduo e sua família. É importante que o profissional reconheça o território, por meio da atuação em comissões internas da UBS, e que, ao menos, esteja a par das discussões realizadas nas reuniões de Conselho Local de Saúde.

É interessante verificar também quais são os possíveis equipamentos que podem contribuir com o processo de trabalho, tais como Academias da Saúde e Centros de Referência de Assistência Social (Cras), que podem ser parceiros em ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde, prevenção e recuperação de agravos, como ações educativas sobre o uso correto de medicamentos ou orientação sobre hábitos de vida ou apoiando em ações pactuadas junto a esses parceiros, que atendam às demandas do público em questão.



# A CLÍNICA FARMACÊUTICA: APRENDENDO A SE RESPONSABILIZAR PELO INDIVÍDUO E SUA FARMACOTERAPIA

## 3

### 3.1 Quem são os indivíduos que devem ser referenciados para o cuidado farmacêutico no Nasf?

Pensando nos diversos caminhos que o indivíduo pode percorrer até ser referenciado ao farmacêutico pelas eSF/eAB, é importante discutir junto às equipes quem pode ser esse indivíduo. Considerando a falta de clareza em relação à real contribuição do apoio e cuidado farmacêutico, é comum que os encaminhamentos sejam, em sua maioria, relativos à polifarmácia-adesão, ou seja, como se a responsabilidade do farmacêutico enquanto profissional de saúde fosse apenas testificar junto ao indivíduo o uso de seus medicamentos conforme prescritos. Entretanto, há diversos outros momentos em que a população e as eSF/eAB podem ser beneficiadas.

Verifica-se que podem existir duas “portas” para o acompanhamento farmacêutico na AB:

Indivíduos para os quais a eSF/eAB e Nasf AB identificam necessidade de acionar o atendimento farmacêutico.

Indivíduos que são identificados na farmácia da UBS durante a aquisição de seus medicamentos e que demonstram estar confusos com a farmacoterapia. Esse indivíduo pode ser encaminhado para sua eSF/eAB pelos funcionários do setor ou mesmo ser identificado pelo próprio farmacêutico durante supervisão das atividades da farmácia.



Como mencionado anteriormente, é comum os encaminhamentos serem todos relativos à polifarmácia, entretanto, há diversos outros momentos em que o indivíduo seria beneficiado pela atuação clínica do farmacêutico, como:

- Indivíduos que estão com a mesma farmacoterapia sem reavaliação há algum tempo.
- Indivíduos poliusuários do sistema sem controle de sua condição crônica de saúde.
- Indivíduos em uso da farmacoterapia, mas sem alcance das metas/objetivos terapêuticos.
- Indivíduos que estão sendo acompanhados por especialistas em outro ponto de atenção e possuem ou podem possuir prescrições sobrepostas para a mesma condição de saúde.

O indivíduo em qualquer das condições descritas acima deve ser avaliado como um todo, e as intervenções indispensáveis deverão ser realizadas a fim de garantir a utilização dos medicamentos necessários, o alcance das suas metas terapêuticas, a segurança e o uso adequado da farmacoterapia.

O cuidado é permeado de valores éticos, políticos, sociais e de cidadania que vão ao encontro dos valores profissionais da saúde. É lógico, efetivo e seguro avaliar inicialmente se existe uma razão para a utilização do medicamento, para depois avaliar sua efetividade e segurança. Somente depois deste julgamento profissional, baseado em evidências científicas e nas experiências do indivíduo com o uso de medicamentos, deve-se trabalhar para fomentar a adesão ao tratamento, caso seja necessário. Este processo racionaliza as decisões do farmacêutico, aumenta sua eficiência, já que ele sempre avaliará a farmacoterapia de qualquer indivíduo da mesma forma (da avaliação da indicação à efetividade, seguido pela avaliação da segurança à conveniência de cada medicamento em uso), e aumenta a reprodutibilidade da prática, bem como a comunicação entre outros profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2015).

### 3.2 Então... sob a ótica do cuidado farmacêutico

O processo de cuidado, para qualquer profissional de saúde, tem início com a identificação e análise dos problemas para os quais esse profissional está capacitado a avaliar, passa pela determinação das prioridades, definição dos objetivos, desenho das operações, identificação dos recursos necessários (inclusive financeiros) e dos instrumentos de avaliação, até o acompanhamento da execução e, se for o caso, a determinação de nova ordem de prioridades (FEKETE, 2000).

Portanto, a partir dessa definição de processo de cuidado, o farmacêutico, em colaboração com o indivíduo e outros membros da eSF/eAB, busca melhorar os resultados da farmacoterapia, ou seja, garantir que os medicamentos utilizados pelo indivíduo sejam os melhores para ele, sendo corretamente indicados, efetivos, seguros e convenientes, por meio da prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) antes que estes dêem lugar à morbidade e mortalidade associadas à farmacoterapia. Isso significa efetivamente prover o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa ou acompanhamento farmacoterapêutico. Atualmente, existem sete cate-

gorias de problemas relacionados ao uso de medicamentos que são mutuamente exclusivas, ou seja, cada medicamento pode possuir apenas um PRM associado e a conduta proposta deve sempre visar a sua análise e resolução, não sendo necessárias novas classificações após essa primeira, mas talvez as avaliações devam prosseguir a fim de estabelecer segurança e conveniência da farmacoterapia. Essas categorias foram estabelecidas e validadas após anos de pesquisa clínica por Cipolle, Strand e Morley (2012) (PharmacotherapyWorkup – PW) e englobam todos os problemas que um indivíduo pode experimentar ao utilizar medicamentos. A classificação de PRM é muito importante, pois proporciona harmonização de linguagem entre os profissionais farmacêuticos, facilitando, assim, que haja continuidade de acompanhamento do indivíduo, além de possibilitar a geração de indicadores de saúde. A partir de avaliação dos PRM, a gestão pode implementar ações de monitoramento e intervenções que priorizem a prevenção de um agravo de saúde (ver Quadro 1).

**Quadro 1 – Problemas relacionados ao uso de medicamentos e seus desdobramentos**

NECESSIDADE	DESCRIÇÃO PRM	POSSÍVEIS CAUSAS DE PRM
INDICAÇÃO	Medicamento desnecessário PRM 1	Ausência de indicação clínica no momento
		Uso de múltiplos medicamentos quando apenas um(ns) resolveria(m)
		Terapia não medicamentosa mais apropriada
		Tratamento de reação que poderia ter sido prevenida
	Necessidade de medicamento PRM 2	Uso recreacional
		Presença de uma condição clínica que requer o uso de medicamentos
EFETIVIDADE	Medicamento não é efetivo para a condição PRM 3	Tratamento profilático necessário para reduzir risco de outro problema
		Tratamento adicional/sinérgico necessário para obter efeito desejado
		O medicamento usado não é o mais efetivo para a condição tratada
		A condição tratada é refratária ao medicamento usado
	Dose baixa PRM 4	O medicamento não é efetivo para o transtorno
		A forma farmacêutica/produto é inadequada
		Presença de contraindicação
		A dose é muito baixa para produzir a resposta desejada
		Intervalo entre doses maior que o necessário para se alcançar objetivos
		Uma interação reduz a quantidade disponível do fármaco
SEGURANÇA	Reação adversa ao medicamento PRM 5	Duração do tratamento menor que o necessário para se obter o efeito desejado
		Administração incorreta
		Armazenamento incorreto
		O medicamento produz efeito indesejável que não é relacionado com a dose
		O medicamento produz reação alérgica
O medicamento não é seguro para o indivíduo (presença de fatores risco/contraindicação)		
Interação causa uma reação que não é dose relacionada		
Administração incorreta (dose foi administrada ou alterada muito rapidamente)		

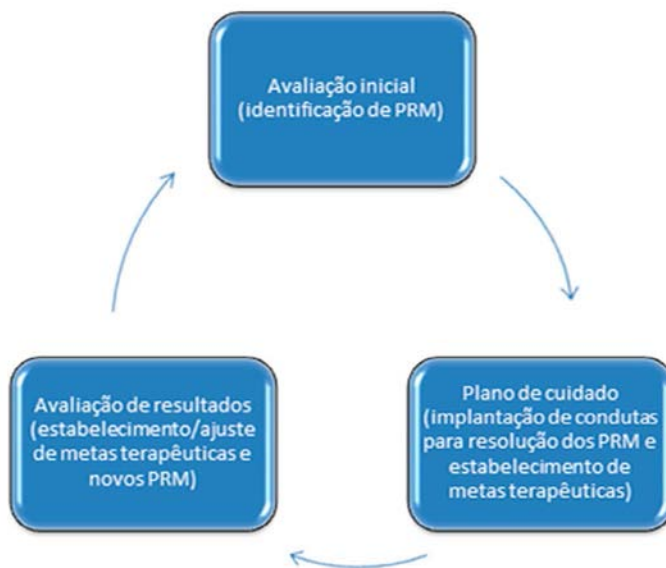
conclusão

SEGURANÇA	Dose alta PRM 6	A dose é muito alta
		O intervalo entre as doses é menor que o recomendado
		A duração do tratamento é maior que a necessária
		A interação causa uma reação dose relacionada
		A dose do medicamento foi administrada muito rapidamente
CONVENIÊNCIA	Não adesão PRM 7	O indivíduo não compreendeu as instruções
		O indivíduo prefere não utilizar o medicamento
		O indivíduo se esquece de utilizar o medicamento
		O medicamento é muito caro para o indivíduo
		O indivíduo não consegue engolir/administrar o medicamento adequadamente
		O produto não está disponível para o indivíduo

Fonte: Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG (CEAF-UFMG), Prontuário Terapêutico Eletrônico para Serviços de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM).

Após identificação dos PRM durante a avaliação inicial, o plano de cuidado deve ser desenvolvido podendo as intervenções serem pactuadas com a eSF/eAB, quando devem envolver outro profissional além do farmacêutico. As propostas devem refletir a filosofia do profissional, demonstrando respeito às decisões, demandas e expectativas do indivíduo aliadas à prioridades em saúde. Todas as intervenções/decisões devem ser documentadas e os resultados avaliados de forma sistemática. A cada novo atendimento, monitoram-se as intervenções realizadas no anterior e investiga-se a ocorrência de outros problemas até que os objetivos terapêuticos do indivíduo estejam estáveis e suas necessidades farmacoterapêuticas atendidas. Vale lembrar que, durante esse processo, o próprio profissional estabelece o intervalo necessário entre as consultas para que as intervenções possam ser avaliadas.

**Figura 2 – Ciclo do cuidado**



Fonte: Elaboração própria.

A seguir, alguns exemplos de como a classificação (indicadores) e intervenções podem ajudar na prática:

**PRM 1 (bifosfonato): ausência de indicação clínica no momento** – durante avaliação do indivíduo, é identificado uso de alendronato de sódio de forma crônica, sendo que a densitometria óssea inicial indica diagnóstico de osteopenia e ausência de osteoporose.

Conduta: após esclarecer e orientar o indivíduo sobre a indicação clínica do uso de bifosfonato em relação ao protocolo de tratamento para osteoporose e osteopenia e depois das considerações pertinentes ao caso específico, o farmacêutico deve discutir o plano de cuidado com o prescritor e sugerir a suspensão do tratamento com o bifosfonato. Qualquer outro medicamento utilizado para a condição clínica osteopenia deve passar pela mesma avaliação.

**PRM 2 (estatina): presença de uma condição clínica que requer o uso de medicamentos** – durante avaliação do indivíduo, o farmacêutico detecta que o mesmo está dislipidêmico e, após as considerações pertinentes ao caso específico, toma a decisão, em colaboração com o indivíduo e o médico da equipe, de indicar o início do tratamento com estatina.

Conduta: após acordar com o indivíduo a necessidade de introdução de mais um medicamento em sua farmacoterapia, o profissional farmacêutico discute o plano de cuidado com o prescritor e demais membros da equipe acessíveis, orienta o indivíduo acerca do uso e reforça os objetivos da introdução. Dando sequência ao acompanhamento, o farmacêutico aguarda 60 dias para avaliar novo exame do perfil lipídico, com o objetivo de averiguar a efetividade da intervenção, além de exames de função hepática para avaliar segurança.

**PRM 3 (sulfonilureia): o medicamento usado não é o mais efetivo para a condição tratada** – durante avaliação, o farmacêutico detecta que o indivíduo com diabetes mellitus tipo 2 possui exames de hemoglobina glicada recentes, indicando descompensação importante do quadro, não sendo possível atingir as metas terapêuticas com uso de medicamentos via oral.

Conduta: após as considerações pertinentes ao caso específico, juntamente com o prescritor, o indivíduo e demais membros da equipe acessíveis decidem substituir a sulfonilureia em uso por insulina, uma vez que não há possibilidade de compensação do quadro com uso desse medicamento.

**PRM 4 (inibidor de enzima conversora de angiotensina – IECA): intervalo entre doses maior que o necessário para se alcançar objetivos** – durante avaliação, o farmacêutico detecta que o indivíduo tem utilizado um dos seus anti-hipertensivos ao se levantar, às 6h, e ao deitar, às 23h.

Conduta: após detectar picos pressóricos no período da tarde, orienta o indivíduo a experimentar um melhor horário para uso do medicamento, com intervalo adequado de aproximadamente 12 horas, e solicita registros sistemáticos em horários variados para averiguar se o objetivo terapêutico foi atingido.

**PRM 5 (inibidor de enzima conversora de angiotensina – IECA): o medicamento produz efeito indesejável que não é relacionado com a dose** – durante avaliação, farmacêutico detecta incômodo do indivíduo relativo à tosse seca de longa duração e sem outros sintomas associados.

Conduta: após as considerações pertinentes ao caso específico, juntamente com o prescritor, o indivíduo e demais membros da equipe acessíveis decidem substituir o IECA por outro anti-hipertensivo adequado.

**PRM 6 (anti-histamínico): a dose é muito alta** – durante avaliação individual, farmacêutico detecta que o indivíduo tem feito uso de anti-histamínico por automedicação para tratamento de rinite alérgica pela manhã e à noite, sendo que o medicamento possui indicação de uso uma vez ao dia.

Conduta: após apuração do real diagnóstico e as considerações pertinentes ao caso específico, toma a decisão compartilhada com o indivíduo de reduzir a dose para uma vez ao dia, orientando quanto à necessidade de reavaliação, inclusive acompanhando a necessidade de introdução de outros fármacos à terapia.

**PRM 7 (biguanida): o indivíduo se esquece de utilizar o medicamento** – após avaliação da farmacoterapia do indivíduo, o farmacêutico detecta esquecimento de algumas doses em horários específicos.

Conduta: após as considerações pertinentes ao caso específico, o farmacêutico toma a decisão compartilhada com o indivíduo de alterar o horário do medicamento de forma mais adequada à rotina ou monta um dispositivo de adesão (lembretes criativos; vinculação da tomada do medicamento a outra atividade rotineira etc.) caso essa alteração não seja possível, além de orientar um familiar ou cuidador quanto à necessidade do uso adequado do medicamento.

É importante lembrar que, em toda e qualquer intervenção para a qual haja necessidade de discussão do plano de cuidado com o profissional prescritor e com a equipe SF responsável, o indivíduo deve estar ciente da conduta a ser discutida. Uma relação terapêutica com vínculo e confiança mútuos garante adesão às modificações na terapia, uma vez que elas refletem as expectativas do indivíduo. Conforme explicado anteriormente, após detecção do PRM, passando por todo o raciocínio clínico e proposta de resolução, o farmacêutico deve estabelecer prazos adequados para reavaliação da intervenção.

Existe ainda o método de Dáder como alternativa para classificação dos problemas relacionados ao uso do medicamento que foram identificados durante a avaliação inicial. **A classificação PRM é substituída por RNM (resultado negativo associado ao uso de medicamentos).** Entretanto, apesar de serem classificações diferentes, as metodologias funcionam como apoio para o cuidado farmacêutico. Todos os chamados “serviços farmacêuticos” estão inseridos no desenvolvimento do cuidado ao indivíduo, conforme estabelecido na Figura 2. A conciliação de receitas, avaliação de interação, avaliação de efetividade, avaliação da segurança, fomento de adesão são contemplados a partir da execução do raciocínio estruturado para a tomada de decisão por uma das técnicas, PW ou Dáder. Quando esses “serviços” são tratados de forma isolada, **fragmentamos o processo de cuidado e não nos responsabilizamos por garantir** que todas as necessidades farmacoterapêuticas sejam atendidas. Esse é o núcleo de saber do farmacêutico.

Caso um indivíduo esteja com todos os seus problemas de saúde sob controle (comprovados pelo farmacêutico junto ao indivíduo) e sua farmacoterapia esteja apenas com duplicidade de medicamentos (ver Quadro 1), como exemplo o uso de beclometasona inalatória sobreposta ao uso de salmeterol/fluticasona inalatórios, o farmacêutico avaliará o medicamento mais adequado para manutenção e entrará em acordo com o indivíduo e o profissional prescritor. Então, ele terá realizado, nesse momento, a conciliação de receitas, apenas. Para isso, é necessário passar por todas as etapas do raciocínio clínico com os outros medicamentos que, porventura, o indivíduo esteja utilizando, garantindo que sejam

indicados, efetivos, seguros e que o indivíduo adere ao tratamento e entenda sua condição de saúde. Obviamente, após a tomada de decisão e intervenção, ele deve prosseguir e monitorar o impacto junto ao indivíduo e à eSF/eAB, acionando sempre que necessário o auxílio da equipe multidisciplinar.

**IDENTIFICANDO OS TERMOS RELACIONADOS À CLÍNICA FARMACÊUTICA:  
colocando o pingo nos “is”**

Práticas farmacêuticas: todas as atividades técnico-gerenciais ou assistenciais relacionadas ao farmacêutico inserido na Atenção Básica no âmbito do Nasf AB.

Cuidado farmacêutico OU atenção farmacêutica: prática composta por uma filosofia profissional centrada no paciente, um processo de cuidado – que inclui um processo lógico de tomada de decisões em farmacoterapia – e uma gestão da prática.

Filosofia profissional OU missão: assumir responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente e pelos resultados de sua farmacoterapia.

Filosofia do cuidado OU processo de cuidado OU método clínico: tem início com a identificação e análise dos problemas (inerentes a qualquer categoria profissional), passa pela determinação das prioridades, definição dos objetivos, desenho das operações ou elaboração de plano de cuidado, identificação dos recursos (inclusive financeiros) necessários e dos instrumentos de avaliação, até o acompanhamento da execução e, se for o caso, a determinação de nova ordem de prioridades.

Acompanhamento farmacoterapêutico OU gerenciamento da terapia medicamentosa: serviço em que o profissional assume responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas do paciente com o objetivo de garantir que os medicamentos sejam indicados, efetivos, seguros e que o paciente possa utilizá-los conforme recomendação profissional, contribuindo para melhorar a qualidade de vida dele.

Revisão de farmacoterapia: somente deve ser o serviço de escolha do farmacêutico quando o cenário de prática do profissional ou as condições de saúde do paciente não permitirem a interação direta e uma entrevista entre farmacêutico e paciente. Limitar a coleta de informações sobre o uso do medicamento à prescrição, quando temos acesso ao paciente, não é compatível com a filosofia do cuidado.

Problemas relacionados à farmacoterapia OU problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM): evento indesejado experienciado pelo paciente que envolve ou se suspeita envolver a farmacoterapia, interferindo no resultado esperado da terapia e que requer julgamento profissional para ser resolvido (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).





## FECHANDO O CICLO... ATIVIDADES TÉCNICO-GERENCIAIS

# 4

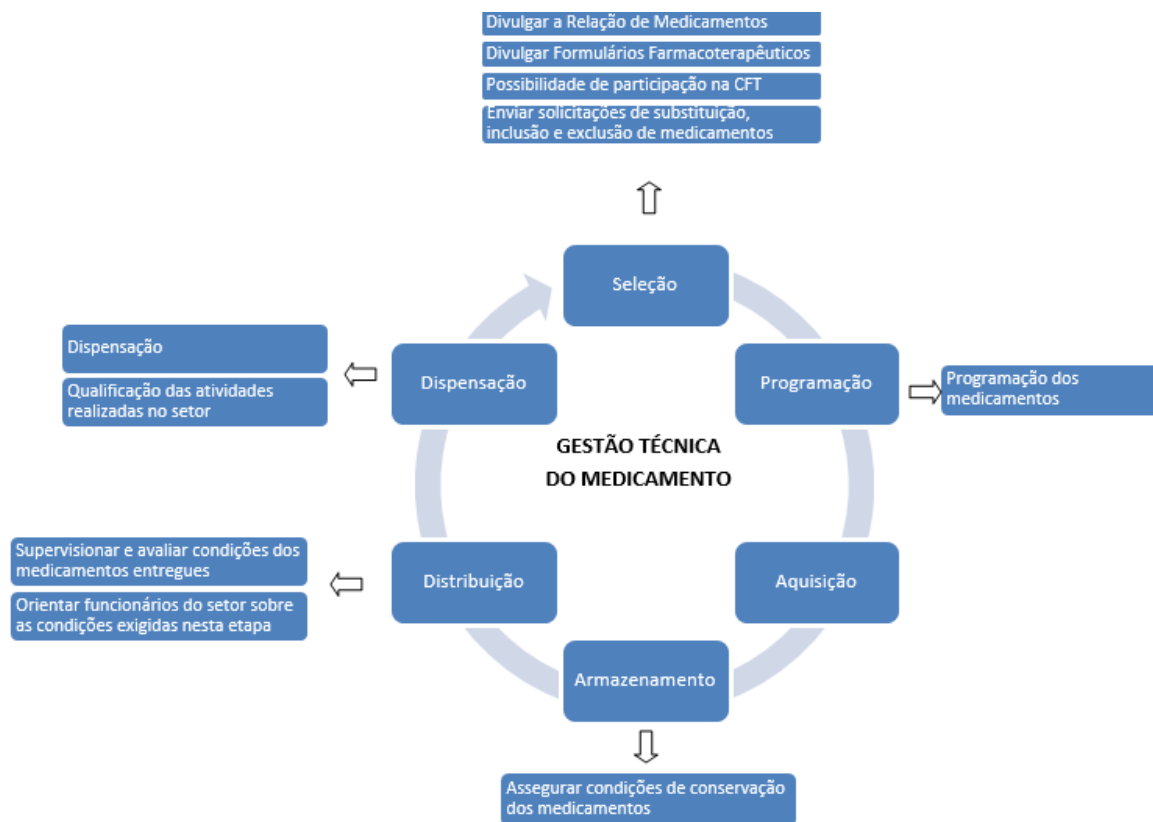
A gestão de medicamentos é o conjunto de processos que visa a garantir o acesso da população ao medicamento, insumo considerado essencial pela Assistência Farmacêutica. Esses processos são definidos pelo Ciclo da Assistência Farmacêutica e compreendem as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica nos municípios deve ser organizada, tendo o farmacêutico como um dos atores para a sua realização. Cada etapa do Ciclo da Assistência Farmacêutica terá maior ou menor enfoque no processo de trabalho desse profissional, dependendo do seu local de atuação e das atribuições de serviço definidas pelo município.

O farmacêutico no Nasf AB atua tanto na atenção ao cuidado dos indivíduos, participando de forma ativa de sua terapêutica, como nas atividades gerenciais, em relação à gestão dos medicamentos das farmácias das UBS.

Nesse modelo de organização, o farmacêutico do Nasf AB quando realizar atividades gerenciais, deverá interagir com o nível central (municipal) de gestão da Assistência Farmacêutica, com a coordenação da unidade de saúde e funcionários locais, de modo a executar as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica, conforme exposto a seguir (Figura 3).

**Figura 3 – Principais atividades no Ciclo da Assistência Farmacêutica desenvolvidas por farmacêuticos do Nasf AB nas unidades básicas de saúde**



Fonte: Elaboração própria.

## 4.1 Seleção

A seleção é um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros imprescindíveis ao atendimento das necessidades de determinada população. Deve estar fundamentada em critérios epidemiológicos, técnicos, econômicos e na estrutura de serviço de saúde, visando maior eficiência administrativa, resolutividade terapêutica e racionalidade na prescrição, sendo realizada por uma Comissão ou Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT). Essa etapa deve ser acompanhada da elaboração de formulários terapêuticos, documentos que reúnem informações técnico-científicas relevantes e atualizadas sobre os medicamentos selecionados, servindo de subsídio fundamental aos prescritores (BRASIL, 2006).

A atuação do farmacêutico da UBS na etapa de seleção poderá envolver um conjunto de atividades que visam ao uso racional do medicamento, como divulgar a relação de medicamentos selecionados e orientar sobre os formulários terapêuticos, ou mesmo participar da CFT como membro ou enviar solicitações de substituição, inclusão e exclusão de um medicamento, tendo em vista a necessidade da população do território e bases científicas (BRASIL, 2006).

## 4.2 Programação

A programação consiste em estimar quantidades de medicamentos, previamente selecionados, a serem disponibilizados para atender à determinada demanda de serviço, em um período definido de tempo, possuindo influência direta sobre o abastecimento. Essa etapa deve ser baseada na lista de medicamentos selecionados pelo município e que atendam às necessidades para atenção à saúde da população adscrita, no tempo oportuno, considerando o processo assistencial, a organização dos serviços e o fluxo dos usuários nas unidades de atendimento (BRASIL, 2006).

No âmbito local, o farmacêutico fará uma programação dos medicamentos da UBS, podendo utilizar diversos métodos, como perfil epidemiológico, consumo histórico e oferta de serviços (BRASIL, 2006), baseando-se no que é programado pela gestão a nível central.

## 4.3 Aquisição

A aquisição consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra de medicamentos estabelecidos pela programação, com o objetivo de suprir a demanda, visando manter a regularidade e funcionamento dos serviços (BRASIL, 2006). É oportuno destacar a importância do farmacêutico atuante no nível central (municipal) de gestão da Assistência Farmacêutica na descrição das especificações técnicas necessárias à aquisição de medicamentos, as quais devem constar em edital e/ou contrato, não sendo foco de atuação do farmacêutico do Nasf AB a execução dessa etapa.

## 4.4 Armazenamento

Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos medicamentos (BRASIL, 2006). Na UBS, o farmacêutico local, juntamente com os gestores, devem acordar a definição de locais adequados que atendam às normativas técnicas para recebimento; estocagem; segurança; conservação da qualidade e controle de estoque dos medicamentos; bem como orientação dos funcionários do setor para a realização satisfatória dessa etapa.

## 4.5 Distribuição

Consiste na disponibilização de medicamento às UBS em quantidade, qualidade e com regularidade (BRASIL, 2006). O farmacêutico da UBS poderá contribuir na execução dessa etapa, avaliando-a junto aos funcionários do setor e junto à gestão central da Assistência Farmacêutica, visando melhorias no processo.

## 4.6 Dispensação

A dispensação de medicamentos é definida como: ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um usuário, geralmente em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado (BRASIL, 2006). Esse ato deve asse-

gurar que o medicamento seja entregue ao usuário na dose prescrita, na quantidade adequada, com regularidade, e que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto. Nesse sentido, é fundamental o apoio técnico do farmacêutico junto aos profissionais que atuam na farmácia das unidades, visando a educação permanente e a qualificação das ações a serem executadas neste setor.

#### 4.7 A dispensação é considerada atividade clínica?

A dispensação, isoladamente, não constitui uma atuação com características clínicas, não atende, por si só, à filosofia do cuidado, conforme discutido no capítulo de atuação clínica, inerente a qualquer profissional de saúde. Com ela, o profissional orienta e educa o indivíduo sobre seus medicamentos, mas não necessariamente se responsabiliza pelos resultados da sua farmacoterapia, nem desenvolve ou inicia o ciclo do cuidado. Entretanto, essa atividade pode estar inserida em alguma etapa do processo clínico.

#### 4.8 Correlacionando a farmacovigilância no ciclo da AF

A avaliação que a Farmacovigilância realiza sobre determinado medicamento é também importante dentro de algumas etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica. Na etapa de seleção, um dos requisitos para a escolha dos medicamentos que farão parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) é a segurança, sendo assim, os resultados de avaliação de um fármaco apontados pela Farmacovigilância embasam a tomada de decisão de membros da CFT para escolha de medicamentos ou para a especificação dos casos em que deverão ser prescritos.

A Farmacovigilância, sendo a ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos e ainda de quaisquer problemas relacionados ao medicamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), espera que os profissionais de saúde também estejam atentos aos eventos adversos relacionados ao desvio de qualidade, queixas técnicas e erros relacionados a medicamentos, potenciais e reais. Desse modo, o farmacêutico e demais profissionais da farmácia das UBS podem identificar e notificar desvio de qualidade ou queixas técnicas relacionadas ao medicamento.

O registro sistematizado desses relatos de queixa, seja por meio de formulário próprio, seja diretamente no portal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), permite que se reavalie a real segurança de um medicamento naquela população adscrita e pode subsidiar futuras tomadas de decisão para retirada ou manutenção deste na (ou da) REMUME, além de contribuir para o Sistema Nacional de Farmacovigilância.

# HABILIDADES E COMPETÊNCIAS

# 5

É desejável que o profissional farmacêutico no contexto em que está inserido, assim como outros profissionais da AB, desenvolva algumas habilidades e competências que possam proporcionar aos usuários uma assistência qualificada, com ética e ofertas de cuidado voltadas às necessidades deles. Entre as que são compartilhadas por todos os profissionais de saúde, elenca-se a habilidade humanístico-crítica, que proporcione boa comunicação interpessoal, capacidade reflexiva, empatia, consciência e responsabilidade social, capacidade de tomar decisões, trabalho em equipe, autoconhecimento, visão holística do indivíduo e do processo saúde-doença e compreensão dele como um ser biopsicossocial.

No entanto, algumas habilidades e competências específicas ao profissional farmacêutico são desejáveis, em vista da especificidade das atividades desenvolvidas em sua rotina de trabalho, que foram discutidas ao longo deste fascículo: gestão técnica do medicamento, atuação do farmacêutico junto às equipes multiprofissionais da AB e cuidado farmacêutico.

Para realização das atividades gerenciais, por exemplo, espera-se que o profissional farmacêutico tenha habilidade para o trabalho em equipe, aliado ao espírito de liderança e senso de organização, e que adquira conhecimento detalhado do processo de gestão de medicamentos a nível local e municipal, visão gerencial sobre os procedimentos executados no setor, propondo soluções para os problemas e queixas internas e externas; além de sensibilidade para propor qualificação e melhoria dos processos que envolvem o Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Já na atuação junto às equipes multiprofissionais, o profissional deve estar atualizado em relação aos fluxos inerentes às RAS (Rede de Atenção à Saúde); sendo ainda desejável que essa atualização se estenda às diretrizes e protocolos clínicos do seu nível de atuação. Dessa forma, poderá efetivamente colaborar como apoio matricial, sendo sujeito ativo dentro da equipe multidisciplinar do Nasf AB e se responsabilizando por suas posturas e orientações dentro do seu núcleo de saber.

O desenvolvimento de algumas habilidades específicas é extremamente importante, também, para preparar o farmacêutico para a atuação clínica, o cuidado farmacêutico. Entre elas, podemos destacar o equilíbrio da competência técnica *versus* conhecimento do caso, competência para correlacionar problemas de saúde com farmacoterapia adequada, compreensão do processo saúde–doença e de seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos assistidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

# 6

A atuação do farmacêutico no Nasf AB, conforme descrito ao longo de todo o documento, é diversa e, por isso, há necessidade de conciliar, da melhor maneira possível, a carga horária de trabalho às atividades a serem exercidas. Vale lembrar que essa atuação deverá ser composta por atividades técnico-gerenciais, concomitantemente às atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas.

As atividades técnico-gerenciais de uma única farmácia, devido a sua complexidade, responsabilidade e envolvimento de recursos humanos, requerem bastante dedicação do profissional farmacêutico para o seu cumprimento. No entanto, muitas vezes ele se encontra envolvido com o gerenciamento de mais de uma farmácia de UBS. Além de poder atuar em várias farmácias, a disponibilidade do profissional ainda precisa ser compartilhada com atividades não gerenciais, demanda que não pode ser ignorada.

Já as atividades clínico-assistenciais, dentro do escopo do Nasf AB, requerem do profissional farmacêutico disponibilidade para participar de reuniões de matriciamento, realização de atendimentos individuais específicos, visitas domiciliares e atividades coletivas; além de reuniões internas, com os demais profissionais do Nasf e eSF/eAB, para planejamento e reavaliação do processo de trabalho. Ademais, faz-se necessário avaliar, programar e executar reuniões e atividades de qualificação para outros profissionais da AB e de equipamentos intersetoriais, como atividade inerente ao processo técnico-pedagógico.

A necessidade de divisão da agenda do farmacêutico entre as diversas atribuições faz-se necessária para que se possa haver contemplação de todas essas atividades sem que uma sobreponha a outra. Percebe-se que o cotidiano da prática acaba direcionando o profissional a executar atividades que nem sempre estão adequadamente dimensionadas entre gestão técnica do medicamento, atuação do farmacêutico junto às equipes multiprofissionais da AB e cuidado farmacêutico. Todavia, é fundamental repensar o processo de trabalho de modo a contemplar todas as atividades descritas no escopo deste fascículo.



A infraestrutura também pode ser determinante para que o profissional possa desenvolver todas as atividades propostas de forma adequada. Com agenda diversificada e pouco tempo de transição entre as tarefas, o farmacêutico precisa estabelecer, junto ao gestor local e aos demais profissionais da AB, estratégias para otimizar a utilização dos espaços, por exemplo, estabelecendo escala de utilização de salas, intercalando horários em que os profissionais estão executando atividades internas (atendimentos, reuniões e atuação na farmácia local) e externas (visitas domiciliares, grupos terapêuticos, capacitações, entre outras).

Levando em consideração as diversas realidades, o farmacêutico do Nasf deve desenvolver a percepção de que o indivíduo é alvo de cuidado, não devendo apenas focar sua atribuição em serviços técnico-gerenciais, transformando, assim, o profissional tecnicista e fiscalizador em um que se preocupa e se responsabiliza pelo indivíduo.

Sabemos que há muitos desafios. No entanto, a partir do momento que o farmacêutico conseguir conciliar seu tempo de modo a executar as diferentes atividades supracitadas, sem privilegiar nenhuma das três áreas específicas, será possível aplicar plenamente seus conhecimentos de maneira uniforme e padronizada. Dessa forma, é possível beneficiar os usuários da AB por meio de ações que garantam desde o acesso ao medicamento até a corresponsabilização da farmacoterapia junto ao indivíduo e demais profissionais de saúde.

# REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 96, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 43, 04 mar. 2008. Seção 1, p. 38 - 42.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 190, 03 out. 2017. Seção 1, Suplemento, p. 61.

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

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

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the patient's centered approach to medication management**. 3. ed. New York: McGraw Hill, 2012. 697 p.

FEKETE, M. C. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma nova alternativa metodológica para atuação da equipe de Saúde da Família**. 2000. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2104.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

IBGE. **Sinopse dos resultados do censo 2010**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 3 set. 2012.

MOTA, D. M. et al. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 61-70, jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da UFMG:** qual é o foco do nosso trabalho?. [2015]. Disponível em: <[http://www.farmacia.ufmg.br/wp-content/uploads/2015/08/Artigo\\_Qual-deve-ser-o-foco-do-nosso-trabalho.pdf](http://www.farmacia.ufmg.br/wp-content/uploads/2015/08/Artigo_Qual-deve-ser-o-foco-do-nosso-trabalho.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A importância da farmacovigilância:** monitorização da segurança de medicamentos. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2005.

OLIVEIRA, D. R. **Qual é o foco do nosso trabalho?** PhD Proposal, v. 1, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medicine strategy:** framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003. Geneva: WHO, 2000.

# BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014. (Cadernos de atenção básica, n. 39, v. 1). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2015.

OLIVEIRA, D. R. de. **Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN Editora, 2011. 328 p.

SANTANA, J. P. de. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 2000.



**SAÚDE**  
MAIS PERTO DE VOCÊ

DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

