

MINISTÉRIO DA SAÚDE

II SEMINÁRIO NACIONAL DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Integração da Assistência Farmacêutica
com a Assistência à Saúde no SUS



Brasília – DF
2016

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

II SEMINÁRIO NACIONAL

DO COMPONENTE ESTRATÉGICO

DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Integração da Assistência Farmacêutica
com a Assistência à Saúde no SUS



Brasília – DF
2016

2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 1.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e
Insumos Estratégicos
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 8º andar sala 848
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2273
Site: www.saude.gov.br/medicamentos
E-mail: cgafe.daf@saude.gov.br

Supervisão Geral:

Eduardo de Azevedo Costa
Marcelo Costa e Castro

Coordenação-Geral:

Isabella Vitral Pinto
José Miguel do Nascimento Junior
Luiz Henrique Costa

Organização:

Andressa Veras de Oliveira
Camila Kaori Nakagawa
Isabella Vitral Pinto
Luiz Henrique Costa
Soraya Machado de Jesus

Colaboração:

Alane Andreilino Ribeiro
Andressa Veras de Oliveira

Ariana Josélia Gonçalves Pereira
Cristiano Fagundes da Rocha
Deborah Alencar de Oliveira
Diana Grazielle dos Santos
Evandro de Oliveira Lupatini
Felipe Lima Vieira
Jéssica Duque Zanotti Delboni
Nicole Menezes de Souza
Rafael Santos Santana
Raissa Allan Santos Domingues
Rodrigo Ramos de Sena

Editora responsável:

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

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação:
Leonardo Gonçalves

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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

II Seminário Nacional do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica : integração da Assistência Farmacêutica com a Assistência à Saúde no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

76 p. : il.

ISBN 978-85-334-2374-9

1. Assistência Farmacêutica. 2. Medicamentos Estratégicos. 3. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. I. Título.

CDU 614.39:615.1

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Editora MS – OS 2016/0193

Título para indexação:

2nd National Seminar of Strategic Pharmaceutical Assistance Component: integration of Pharmaceutical Assistance to Health Care in the SUS

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes comunitários de saúde
AF	Assistência Farmacêutica
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
Cesaf	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CGAFME	Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
Curame	Comitê de Uso Racional de Medicamentos
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DIP	Doenças Infectoparasitárias
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUB	Hospital Universitário de Brasília
FTN	Formulário Terapêutico Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCDT	Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

Pnaum	Pesquisa nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil
Qualifar-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SCTIE	Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sisrede	Sistema de Informação de Saúde em Rede
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URM	Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9	
OBJETIVO	11	
RESULTADOS ESPERADOS	13	
METODOLOGIA	15	
PÚBLICO	17	
PROGRAMAÇÃO	19	
MESA 1	INTEGRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COM A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS RELACIONADAS À POBREZA	23
MESA 2	O PROJETO CUIDADO NO ÂMBITO DO EIXO CUIDADO DO QUALIFAR-SUS	29
MESA 3	APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE PORTARIA QUE APROVA E REGULAMENTA O COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	37
MESA 4	EXPERIÊNCIAS DA INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS/CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO À SAÚDE NAS DOENÇAS DO COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CESAF)	41
ENCAMINHAMENTOS DOS GRUPOS DE TRABALHO	51	
ANEXOS	55	
	Anexo A – Fichas de inscrição da experiência	56
	Anexo B – Termo de referência	69



APRESENTAÇÃO

Com o intuito de aproximar os gestores estaduais e municipais de saúde com a gestão da Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos (CGAFME), no sentido de qualificar a Assistência Farmacêutica, foi idealizado a realização do Seminário Nacional do Componente Estratégico.

O primeiro “Seminário Nacional do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica”, que ocorreu em 2014, teve por objetivo discutir os principais desafios e perspectivas no âmbito do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) e possibilitar a troca de experiências entre os gestores na busca da integralidade na assistência à saúde.

Devido à importância da contribuição dos estados e dos municípios para a gestão participativa da CGAFME, em agosto de 2015 ocorreu a segunda edição do Seminário, que teve como objetivo contribuir com o avanço do processo de qualificação do Cesaf nas suas dimensões, oferecer garantia do acesso e da qualidade de medicamentos, assim como organizar os serviços farmacêuticos, com a atualização e a elaboração de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas para o Cuidado Farmacêutico nas doenças e agravos que são de responsabilidade do Cesaf.

O II Seminário foi constituído de mesas de debate com a participação dos gestores municipais, estaduais e federais. Além disso, foram apresentadas a experiência do planejamento da CGAFME e a organização da gestão do Cesaf por meio de relatos de experiência estaduais e municipais.

O Seminário possibilitou o aprofundamento do debate para a qualificação do cuidado farmacêutico e do uso racional de medicamentos. Os avanços alcançados foram destacados e os desafios a serem superados, tais como o fortalecimento da relação interfederativa e a organização dos serviços farmacêuticos.

The background features a complex geometric pattern of overlapping triangles in shades of light blue and yellow. A thin, dark blue line graph is overlaid on this pattern, starting from the left edge, dipping down, and then rising. A vertical yellow line descends from the top center to a small yellow dot on the downward-sloping part of the graph. At the bottom, there are horizontal bands of yellow and blue.

OBJETIVO

Realizar o debate qualificado da gestão do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) visando construir Diretrizes da Integração da Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde de pacientes acometidos por doenças e agravos contemplados no Cesaf, no âmbito do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS).

Contribuir com o avanço do processo de qualificação do Cesaf com garantia do acesso e da qualidade dos medicamentos, assim como da organização de serviços farmacêuticos. Atualização e elaboração de Diretrizes Clínicas e Terapêuticas para o Cuidado Farmacêutico nas doenças/agravos: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, geo-helmintíase, febre maculosa, raiva humana, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, filariose, meningite, tracoma, micoses sistêmicas, *influenza*, infecção pelo vírus sincicial respiratório, HIV/aids, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais.

Construir as Diretrizes da Integração do Cuidado Farmacêutico à Atenção à Saúde das pessoas acometidas por estas doenças e agravos, visando orientar os Serviços Farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS).



**RESULTADOS
ESPERADOS**

1. Qualificação da Gestão e da Organização do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.
2. Apontamentos das Diretrizes de Integração da Assistência Farmacêutica/Cuidado Farmacêutico à Atenção à Saúde das pessoas acometidas por doenças contempladas pelo Cesaf.
3. Apresentar e sistematizar experiências do Cuidado Farmacêutico no SUS em doenças contempladas pelo Cesaf.



METODOLOGIA

Realização de mesas, seguidas de Grupos de Trabalho com o objetivo de debater e sistematizar a proposta de gestão e organização do Cesaf, as experiências, as propostas e o conteúdo para a construção das Diretrizes de Integração da Assistência Farmacêutica/Cuidado Farmacêutico à Atenção à Saúde, contribuindo com a construção coletiva desta política.



PÚBLICO

Gestores e trabalhadores do SUS.



PROGRAMAÇÃO

25/8/2015		
HORÁRIO	ATIVIDADES	PARTICIPANTES
8h	Recepção/Credenciamento	
9h	Mesa de Abertura	<p>Luiz Henrique Costa – Coordenador do Cesaf/DAF/SCTIE/MS</p> <p>Marco Aurélio Pereira – Coordenador da CGG/DAF/SCTIE/MS</p> <p>Lore Lamb – Representante do Conass</p> <p>Elton Chaves – Representante do Conasems</p> <p>José Maria Parisi – Coordenador da Unidade Técnica de Medicamentos e Tecnologia em Saúde da Opas/OMS no Brasil</p> <p>Ronald Ferreira dos Santos – CNS</p> <p>Marcos da Silveira Franco – SVS/MS</p>
9h30	Mesa 1 – Integração da Assistência Farmacêutica com a Vigilância Epidemiológica e Assistência à Saúde para o enfrentamento das doenças relacionadas à pobreza	<p>Coordenadora da Mesa: Isabella Vitral Pinto</p> <p>Apresentação: Luiz Henrique Costa – Coordenador do Cesaf/DAF/SCTIE/MS</p> <p>Debatedores: Lore Lamb – Representante do Conass</p> <p>Elton Chaves – Representante do Conasems</p> <p>Marcos da Silveira Franco – SVS/MS</p> <p>Ronald Ferreira dos Santos – CNS</p> <p>Graziela Tavares – Analista em Atenção Primária à Saúde</p>
12h	Almoço	
14h	Mesa 2 – O Projeto Cuidado no âmbito do Eixo Cuidado do Qualifar-SUS	<p>Coordenadora da Mesa: Diana Grazielle dos Santos</p> <p>Apresentação: Noemia Tavares – Coordenadora do CBAF/DAF/SCTIE/MS</p> <p>Debatedor: Gláucia Silveira Carvalho – Farmacêutica Diretora AF/DF</p>
16h	<i>Coffee-Break</i>	
16h30	Mesa 3 – Apresentação da Proposta de Portaria que Aprova e Regulamenta o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	<p>Coordenador da Mesa: Evandro de Oliveira Lupatini</p> <p>Apresentação: Isabella Vitral Pinto – Farmacêutica Tecnologista Pleno Cesaf/DAF/SCTIE/MS</p> <p>Debatedor: Anderson Lourenço da Silva – Gestor Estadual do RJ</p>

26/8/2015		
HORÁRIO	ATIVIDADES	PARTICIPANTES
9h	Mesa 4 – Experiências da integração dos Serviços Farmacêuticos/ Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde nas doenças do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)	<p>Coordenador da Mesa: Rafael Santos Santana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belo Horizonte/MG: Ana Emília Ahouagi – Coordenadora da Assistência Farmacêutica na Prefeitura de Belo Horizonte – Programa de cuidado ao paciente no Nasf 2. Jabotão dos Guararapes/PE: Sheila Elcielle D'Almeida Arruda – Farmacêutica da Prefeitura de Jabotão dos Guararapes – Cuidado ao Paciente com Hanseníase 3. Brasília/DF: Fernando Araújo Rodrigues de Oliveira – Farmacêutico da Farmácia Escola do Hospital Universitário de Brasília – Consultório Farmacêutico 4. São Bernardo do Campo/SP: Gabriela Euzébio Barone – Farmacêutica na Clínica de Especialidades 5. Porto Alegre/RS: Sabrina Godoy – Farmacêutica Especialista em Saúde – Serviço de Farmácia no Hospital Sanatório Partenon 6. Maceió/AL: Venício Teixeira Rocha – Farmacêutico na Secretaria Municipal de Saúde
12h	Almoço	
14h	Grupos de trabalho	-
15h30	<i>Coffee-Break</i>	
16h	Apresentação dos resultados dos grupos	-
17h30	Encerramento	

INTEGRAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA
COM A VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
E ASSISTÊNCIA
À SAÚDE PARA O
ENFRENTAMENTO
DAS DOENÇAS
RELACIONADAS À
POBREZA

MESA 1

Objetivo da Mesa: Atualizar as perspectivas da gestão e do planejamento do Cesaf, trazendo elementos de Planejamento Estratégico e monitoramento das atividades. Destacar elementos da qualificação da logística e de atualização de protocolos clínicos, assim como a perspectiva de integração da assistência farmacêutica na atenção à saúde. Buscar a contribuição do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) na gestão do Cesaf, apontando os principais desafios e perspectivas com vistas à qualificação desse componente.

Coordenador(a): Isabella Vitral Pinto – CGAFME/DAF/SCTIE/MS

Palestrante: Luiz Henrique Costa – Coordenador da CGAFME/DAF/SCTIE/MS

Debatedores: Lore Lamb – Representante do Conass

Elton Chaves – Representante do Conasems

Marcos da Silveira Franco – SVS/MS

Ronald Ferreira dos Santos – CNS

Graziela Tavares – Analista em Atenção Primária à Saúde

Relator(a): Cristiano Fagundes da Rocha e Nicole Menezes de Souza

O coordenador-geral da CGAFME/DAF/SCTIE/MS fez sua apresentação e posteriormente formou-se a mesa com os debatedores, que tiveram suas falas e, em seguida, deu-se início aos blocos de perguntas.

A apresentação do palestrante abordou inicialmente o perfil epidemiológico das doenças contempladas no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) no Brasil, citando os dados de morbidade e relacionando com o perfil de distribuição de renda da população brasileira.

Relacionou a mortalidade por doenças com o envelhecimento da população e com a transmissão das doenças infecciosas.

Discorreu também sobre o modelo de atenção à saúde vigente e a importância da inserção da Assistência Farmacêutica (AF) no Sistema

de Saúde e nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Adicionalmente, foi discutida a constituição das RAS nas regiões de saúde e a necessidade de superar a fragmentação da AF no SUS (AF, Vigilância e Assistência à Saúde), assim como a inserção da AF na gestão dos medicamentos estratégicos e na organização dos serviços farmacêuticos, além da implantação de serviços de clínica farmacêutica nas RAS.

Após discorrer sobre o panorama geral das doenças e da situação da AF na Saúde Pública, o palestrante expôs sobre a organização do Cesaf, trazendo o conceito, o perfil do componente (lista de medicamentos e impacto econômico), seus avanços e integração. Utilizou como exemplo o controle e o monitoramento do uso do medicamento talidomida e a utilização do Hórus e sua integração com outros sistemas, assim como a integração e a participação efetiva da CGAFME nas subcomissões técnicas de atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e do Formulário Terapêutico Nacional (FTN), e de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), além da coordenação do grupo de trabalho de assistência farmacêutica em Pediatria. Apresentou alguns desafios do Cesaf, usando como exemplo a pactuação da portaria dele, do *webservice* para envio de dados, a qualificação do Cesaf nos estados e nos municípios, a construção dos PDCT, a disseminação do cuidado farmacêutico e o abastecimento regular de medicamentos.

No final de sua apresentação, ressaltou que o desafio com relação aos medicamentos mudou com o passar dos anos, pois anteriormente não existia elenco adequado de medicamento que atendesse às necessidades da população. Atualmente, observa-se que esta realidade vem sendo modificada, melhorando a oferta de medicamentos, e o principal desafio se configura em manter a oferta em tempo oportuno e a organização dos serviços farmacêuticos.

Ainda falando sobre a organização dos serviços, orientou que a programação e as pautas de solicitação de medicamentos devem ser realizadas pela AF, garantindo a disponibilidade de medicamentos e que a Vigilância em Saúde realize sua função de forma articulada com a AF.

Durante a fala dos debatedores, foi citada a importância da Atenção Básica (AB) com as RAS, com foco na qualificação da AB (estruturação, processo de trabalho), ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e o acesso aos medicamentos vinculado ao cuidado ao paciente, no sentido do Uso Racional de Medicamentos (URM).

Também foi citada a relevância da discussão sobre integração das áreas e o método de organização atual (organização micro, meso e macro), com enfoque na problemática do monitoramento das políticas pela falta de integração e comunicação entre técnicos e gestores. Enfatizou-se a não verticalização no tratamento das doenças, sendo de suma importância a descentralização das ações para que se consiga atender às necessidades de saúde.

Destacou-se a importância da discussão da Vigilância em Saúde e Sanitária para a proteção, promoção e recuperação da saúde e o fato de que muitos farmacêuticos estão com a visão individualizada no serviço, no entanto existe a necessidade do trabalho interprofissional e de ações conjuntas nas intervenções, sendo necessária a avaliação e a qualificação dos processos de trabalho.

Para que o profissional farmacêutico supere a visão do trabalho individualizado, foi enfatizado que a rotina do trabalho não tem permitido discussões mais profundas sobre as ações que devem ser realizadas para qualificar o serviço, muitas vezes por falta de tempo, sendo importante o profissional conhecer a amplitude do SUS para que, integrado com todas as áreas, consiga atingir o objetivo do sistema, que é o cuidado ao paciente.

No final da fala dos debatedores, foi questionado por estes quais mudanças de modelo são necessárias para integrar e atingir o objetivo da organização do trabalho em saúde. Além disso, destacaram que o primeiro desafio começa como lógica de pensar na própria gestão, uma vez que na ponta os usuários não são fragmentados em componentes.

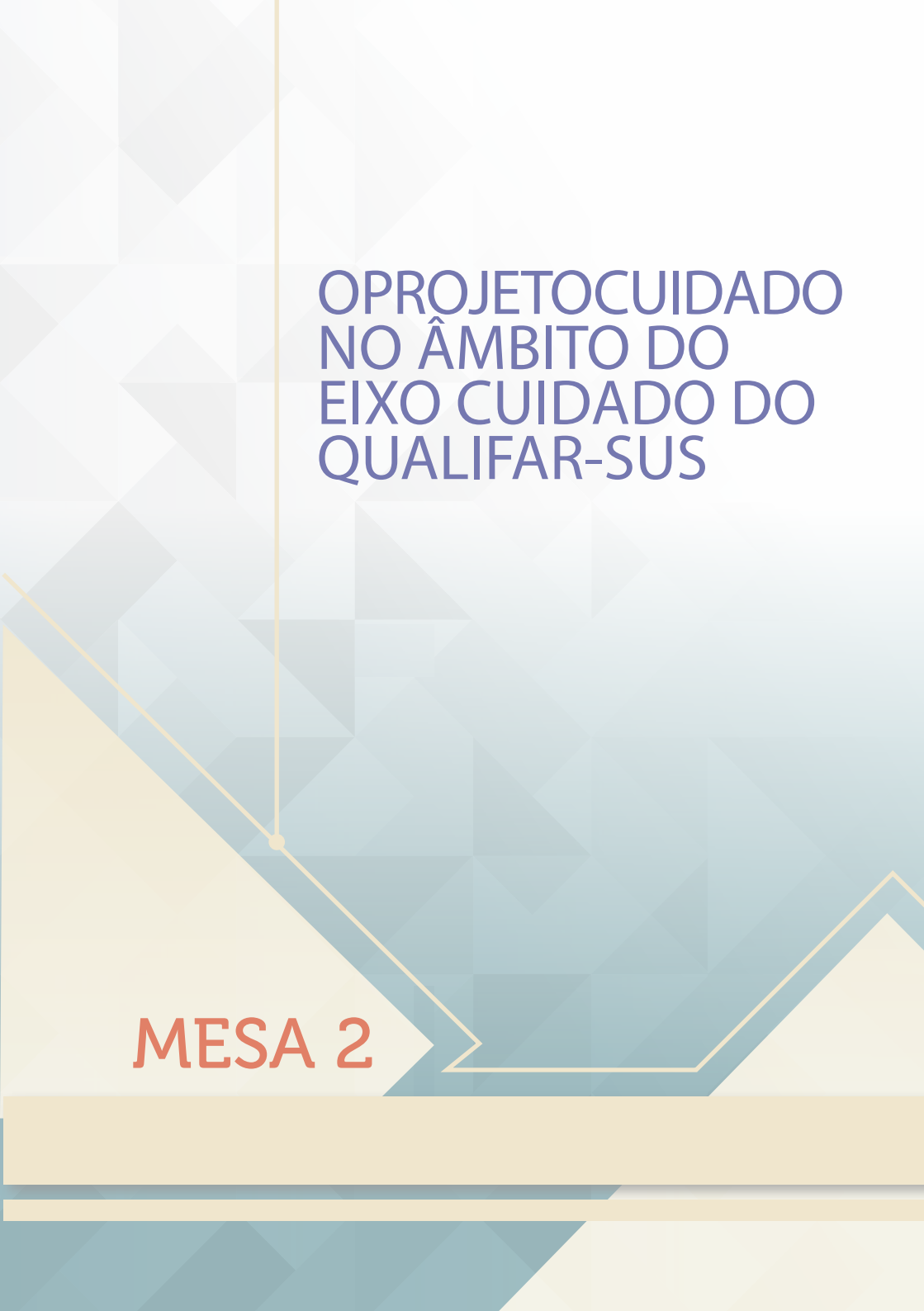
Durante os blocos de perguntas, falou-se dos problemas relacionados com as informações, tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde, no processo de cuidado (como o abandono e os problemas relacionados à medicalização). Outras questões levantadas foram a respeito dos problemas relacionados ao planejamento das aquisições, que levam à perda de medicamentos, às dificuldades na manutenção e à regularidade das aquisições e consequentes gastos excessivos.

Ressaltou-se o papel do farmacêutico e sua integração com o processo de trabalho, sem relacionar o profissional apenas com a dispensação de medicamentos, e a importância da postura profissional, desde a formação acadêmica, uma vez que muitos ainda têm dificuldades em trabalhar em equipe de multiprofissionais em saúde.

Além disso, foi citada a importância de incluir o farmacêutico na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), entretanto, levantou-se a questão relacionada à capacidade do Sistema em conseguir manter o profissional nas pequenas cidades.

Adicionalmente, falou-se que as mudanças que foram implementadas pelo DAF com os programas da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) (integração entre as áreas) refletiram nos estados, sendo exaltada a importância da integração do componente estratégico com os programas de vigilância em saúde para a estruturação do processo de trabalho.

Considerando a evolução da AF nos últimos anos e os novos desafios, destaca-se a importância da avaliação do processo de formação dos farmacêuticos e dos profissionais de saúde como um todo. Imprescindível, portanto, o debate sobre a educação farmacêutica frente às necessidades em saúde da sociedade, a inserção do profissional nas equipes dos Nasfs e a definição das ações desempenhadas pelo farmacêutico no SUS no âmbito das políticas de saúde e a necessária avaliação e qualificação dos processos de trabalho, para que a integração das áreas ocorra de forma qualificada.



OPROJETOCUIDADO NO ÂMBITO DO EIXO CUIDADO DO QUALIFAR-SUS

MESA 2

Objetivo da Mesa: Apresentar o Projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária em Saúde para implementação de serviços de clínica farmacêutica nas Redes, no âmbito do Projeto QualiSUS-Rede e do Eixo Cuidado do Qualifar-SUS desenvolvido na rede assistencial da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Paraná.

Coordenador(a): Diana Grazielle dos Santos – CGAFME/DAF/SCTIE/MS
Palestrante: Noêmia Tavares – Coordenadora do CBAF/DAF/SCTIE/MS
Debatedor(a): Gláucia Silveira Carvalho – Farmacêutica Diretora AF/DF
Relator(a): Deborah Alencar de Oliveira e Jéssica Duque Zanotti Delboni

A atividade iniciou-se com a apresentação da palestrante Noêmia Tavares sobre o Projeto Cuidado e a experiência de implantação dos serviços clínicos farmacêuticos no município de Curitiba. Posteriormente, a debatedora Gláucia Silveira Carvalho, fez suas considerações sobre o projeto e direcionou a palestrante algumas dúvidas referentes ao projeto. Após o debate entre a palestrante e a debatedora, foi aberto o bloco de perguntas para os participantes do seminário.

A palestrante iniciou sua apresentação conceituando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, destacando a importância do acesso e do uso racional de medicamento, e conceituou a Assistência Farmacêutica como conjunto de ações cujo insumo essencial é o medicamento. Em seguida, foram citados os avanços da Assistência Farmacêutica e o seu cenário atual, conforme mostrado a seguir:

- Ampliação dos recursos federais para garantia do acesso – passando de 1,9 bilhão em 2003 para 12,4 bilhões de reais em 2014.
- Organização do processo de financiamento.
- Criação do Departamento de Assistência Farmacêutica.
- Instrumentos normativos instituídos – maior segurança para as ações (Rename, PCDT atualizados).
- Melhoria dos procedimentos técnico-operacionais.

- Propostas de políticas de qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica no SUS.
- Desenvolvimento da Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Posteriormente, foi abordado sobre a Pesquisa nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (Pnaum), que é financiada pelo Ministério da Saúde, e tem o objetivo de conhecer a forma como os brasileiros obtêm e utilizam seus medicamentos. No componente inquérito, foram entrevistadas mais de 41 mil pessoas, e no componente serviço foram analisados os serviços farmacêuticos na Atenção Básica. O primeiro exemplo citado foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), na qual 20,7% da população referiu diagnóstico médico de HAS, 92,9% referiu indicação de medicamentos para tratar HAS e 94% em uso de medicamento.

No segundo exemplo, foi analisada a fonte de obtenção dos medicamentos para hipertensão e diabetes. Para tal, foi solicitado que cada pessoa trouxesse os medicamentos utilizados e foi perguntado a forma de acessos a eles. Com essa análise, foi constatado que:

- Pacientes com diabetes: cerca de 60% dos medicamentos acessados via SUS, 18,5% via Farmácia Popular e 20,6% pelo setor privado.
- Pacientes com hipertensão: 57,8% dos medicamentos obtidos pelo SUS, 16,1% pela Farmácia Popular e 26,1% no setor privado.

A seleção dos medicamentos também mostrou atender a maior parte das necessidades da população, de dez medicamentos citados pela população nove estavam disponíveis na Farmácia Popular.

A palestrante prosseguiu a apresentação evidenciando o cenário de fragilidades da AF, sendo elas: necessidade de mais e melhores informações; estrutura inadequada; desarticulação dos serviços farmacêuticos com os demais serviços de saúde; ações focadas no medicamento e não no usuário; falta de qualificação dos recursos humanos para o cuidado, desde a formação profissional; baixa integração da equipe de saúde nas atividades de promoção para o Uso Racional de

Medicamentos (URM); ausência de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas, que proporcionem acesso qualificado englobando a promoção do uso correto dos medicamentos.

Estudos nacionais e internacionais mostram que os problemas relacionados ao uso de medicamentos são causas importantes para a busca de atendimento em hospitais e unidades de urgência e emergência, por exemplo, 15,5% são devidos a Reação Adversa a Medicamentos.

A palestrante apresentou o Gráfico de Estimativa de atendimentos em unidades urgência e emergência no Brasil (Fonte: IBGE), o qual apontou que 28% de todas as visitas ao Pronto Atendimento estão relacionados à farmacoterapia inadequada, em torno de 38 milhões de atendimentos advindos de problemas relacionados com a farmacoterapia, o que causa grande impacto nos custos em saúde. A literatura mostra que 70% desses problemas poderiam ser evitados com a atuação clínica do farmacêutico.

Na sequência da apresentação, foi abordado o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS) e seus quatro eixos, sendo eles: estrutura, cuidado, educação e informação. A palestrante ressaltou que o Eixo Cuidado inicialmente se mostrou um grande desafio, uma vez que tinha o objetivo de inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas, e que o Cuidado Farmacêutico deve ser entendido e conceituado como a “Ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção, recuperação da saúde e a prevenção de agravos”. Segundo Noêmia, esse modelo, que visa à educação em saúde e à promoção do URM, é o que melhor se adequa ao SUS, uma vez que esse é organizado em redes integradas de atenção à saúde.

O Comitê de Uso Racional de Medicamentos (Curame), instituído no projeto cuidado, é um grupo de trabalho técnico-científico, multiprofissional, voltado para a identificação de situações do uso inadequado de medicamentos, em que o farmacêutico é o facilitador do processo de trabalho do comitê.

Posteriormente, foi abordado sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), e a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que regulamenta as RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde. Destacou-se que a Assistência Farmacêutica, na concepção das RAS, é colocada somente como sistema de apoio, que visa ao abastecimento a partir das atividades logísticas. No entanto, a Assistência Farmacêutica não é fundamental somente para essas atividades, ela também deve ser considerada como serviço de atenção à saúde, traduzido por meio do cuidado farmacêutico. Esses serviços farmacêuticos são considerados como serviços assistenciais e técnico-pedagógicos.

Após a abordagem dos temas listados anteriormente, a palestrante apresentou os Resultados Preliminares do Projeto-Piloto de Curitiba, conforme a seguir:

- Financiado pelo Qualifar-SUS.
- Capacitação de 30 farmacêuticos e criação de 56 pontos de atenção.
- Cada farmacêutico realiza 8 horas semanais de atendimento clínico, sendo de 8 a 16 consultas semanais.
- Reorganização do trabalho dos farmacêuticos que atuam na Atenção Básica e delegação de atividades.
- No período de abril a novembro de 2014 foram realizadas 2.710 consultas farmacêuticas.
- Método sistematizado, validado e publicado.
- Após a priorização de risco dos pacientes, o serviço era disponibilizado a partir de: agendamento com farmacêutico, entrada no processo de cuidado, acolhimento, identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia, plano de cuidado para o paciente e seguimento individual.
- O público-alvo definido para o serviço de clínica farmacêutica foram pacientes em uso de cinco ou mais medicamentos e com dois ou mais fatores adicionais.
- Em seguida, foram apresentados os resultados do primeiro trimestre:

- 702 consultas realizadas, sendo 80% primeira consulta e 20% retorno.
- O perfil dos pacientes atendidos foi de 65,5% do sexo feminino e 34,5% do sexo masculino.
- Mais da metade dos pacientes (55%) foram encaminhados pela própria equipe de saúde, o que é muito motivador para a implantação.
- Os pacientes atendidos apresentaram alta complexidade, com cerca de seis condições de saúde.
- Foi identificada a utilização de 289 medicamentos diferentes, com média de sete por paciente.
- 98,2% dos usuários tinham como fonte de obtenção dos medicamentos, as unidades de saúde.

Posteriormente, foi exposto que 99% dos pacientes apresentavam algum problema na farmacoterapia, sendo que foi constatado 3.145 problemas em 561 pacientes, representando média de 5,6 problemas por paciente. Os problemas mais comuns observados foram: monitorização do tratamento (principal); administração de medicamentos ou adesão à terapia; seleção ou prescrição de medicamentos, tratamento não efetivo, reação adversa, entre outros, o que ressalta a importância do papel do farmacêutico.

A principal dificuldade na rotina de medicação, relatada por quase metade dos pacientes, é referente à leitura das embalagens, e 83% dos pacientes relataram não ter ajuda de alguém para auxiliar na utilização do medicamento. Esses problemas identificados justificam a necessidade de qualificação do acesso aos medicamentos, a fim de evitar o uso inadequado e a consequente necessidade de outros serviços.

A palestrante relatou que as intervenções farmacêuticas registradas no final da primeira consulta foram realizadas em aproximadamente 98% dos pacientes, totalizando assim 3.660 intervenções farmacêuticas registradas em prontuário. As principais condutas e intervenções realizadas corresponderam a: aconselhamento sobre a doença e o medicamento; calendário posológico; recomendação de exames; além de medidas não farmacológicas sobre automonitoramento.

Nas consultas de retorno, realizadas nos primeiros 90 dias após a primeira consulta, foram observadas algumas mudanças relacionadas aos usuários, sendo elas: mudanças na adesão à terapia; realização de exames; alterações na farmacoterapia; e realização de novas consultas médicas. Essas mudanças evidenciam a real necessidade de avanço na qualificação desse serviço clínico.

Além dos resultados observados, o projeto proporcionou também a melhoria da satisfação do paciente, a maior integração do farmacêutico com a equipe, a realização de consultas compartilhadas, a valorização do profissional, a reorganização do processo de trabalho, assim como a referência para outros municípios. Atualmente, o projeto está sendo ampliado para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), centros especializados, maternidade, farmácia especial e Farmácia Popular do município de Curitiba. Além disso, o método está sendo validado em outros municípios com diferentes experiências e perfis: Recife (PE), Betim (MG) e Lagoa Santa (MG).

Encerrada a apresentação do projeto cuidado farmacêutico pela Noêmia, foi dada a palavra à debatedora Glaucia Silveira – diretora da AF/DF, que avaliou o projeto como inovador, e que o DF iniciou o cuidado farmacêutico a nível hospitalar, devido à importância do farmacêutico na rede urgência e emergência, citando como exemplo o problema ocorrido com as superbactérias, que fortaleceu a atuação do farmacêutico.

Informou ainda que o Distrito Federal (DF) publicou a Portaria nº 187, de 23 de julho de 2015, para balizar o serviço do farmacêutico no nível hospitalar. Contudo ressaltou a dificuldade de sensibilizar o profissional médico, que muitas vezes resiste às intervenções do profissional farmacêutico, além dos problemas estruturais graves e a falta do farmacêutico em 45% das unidades do DF e, quando presentes, passam grande parte do tempo realizando a dispensação de medicamentos e as atividades de logística dos medicamentos. A debatedora informou ainda a necessidade de avançar nessas questões para possibilitar e fundamentar a atenção farmacêutica e afirmou que nenhum dos mais de 300 farmacêuticos do DF se dedica somente à atuação no Nasf.

Ao final da fala, Gláucia questionou se havia aporte estrutural dos farmacêuticos nesse projeto de Curitiba, e se durante o projeto houve

desabastecimento de medicamento e possibilidade de intervenção do farmacêutico. Em resposta, Noêmia informou a necessidade de adaptar o projeto à realidade de cada município, e que em Curitiba houve o apoio da equipe nos serviços, para que o farmacêutico dispusesse de 8 horas semanais para atendimento, além disso, esclareceu que houve capacitação dos farmacêuticos (aproximadamente 100 horas), pactuação da reorganização dos serviços e sensibilização da equipe, e informou que, apesar de Curitiba apresentar desabastecimento de alguns produtos, não houve impacto na intervenção.

Durante a abertura do bloco de perguntas, os participantes enfatizaram a importância da ampliação do projeto para outros componentes, e que os dados desse projeto devem ser apresentados como documentos legais. Além disso, foi questionado se haviam dados específicos relacionados às doenças do Componente Estratégico.

Em resposta, Noêmia informou a necessidade de testar o modelo para outros níveis, a partir do início exitoso na Atenção Básica esclareceu que os dados apresentados são nacionais, não de Curitiba, referindo-se à experiência do serviço clínico. A palestrante informou não possuir no momento dados estratificados, mas que certamente na média de acometimentos de doença haveria alguma relacionada ao Cesaf.

Isabella, farmacêutica do Cesaf/DAF/SCTIE/MS, fez a seguinte pergunta: “Considerando-se que os pacientes com as doenças contempladas no Cesaf são atendidos prioritariamente na AB, e envolvem populações vulneráveis, polifarmácia, reações adversas a medicamentos, entre outros, haveria dados específicos referentes a esses aspectos relacionados às doenças do Componente Estratégico?”

Em resposta Noêmia informou que não há dados estratificados agora, mas isso pode ser verificado. Mas certamente nessa média de seis acometimentos por paciente, existem pessoas acometidas pelas doenças contempladas pelo Cesaf.

O encaminhamento para esta mesa é que a palestrante Noêmia irá averiguar se existem dados relacionados às doenças contempladas no Cesaf no projeto.

APRESENTAÇÃO
DA PROPOSTA
DE PORTARIA
QUE APROVA E
REGULAMENTA
O COMPONENTE
ESTRATÉGICO
DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

MESA 3

Objetivo da Mesa: Apresentar e debater a proposta da portaria que regulamenta o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Coordenador(a): Evandro de Oliveira Lupatini – CGAFME/DAF/SCTIE/MS

Palestrante: Isabella Vitral Pinto – Farmacêutica Tecnologista Pleno CGAFME/DAF/SCTIE/MS

Debatedor(a): Anderson Lourenço da Silva – Gestor Estadual do Rio de Janeiro

Relator(a): Alane Andreilino Ribeiro e Rodrigo Ramos de Sena

A mesa contou com apresentação da proposta de Portaria pela CGAFME/DAF e participação do gestor da Assistência Farmacêutica Estadual do Rio de Janeiro como debatedor.

A palestrante destacou os marcos normativos relacionados ao Cesaf, motivações para a definição do Cesaf, objetivos desse componente, elenco de medicamentos, financiamento complementar, documentos orientadores (Rename, FTN, PCDT), planejamento, monitoramento, programação, aquisição, dispensação de medicamentos e insumos do Cesaf, e demais serviços farmacêuticos. Foi apontada pela CGAFME a importância da articulação com os programas de saúde e uso racional destes medicamentos.

O debatedor relatou a fragmentação do modelo atual dos programas e dificuldade de pensar o uso racional de medicamentos na perspectiva do Cesaf. Foi apontado que a portaria do Cesaf deve definir responsabilidades dos programas e da assistência farmacêutica em cada ente federativo e orientações para a interação/integração das áreas técnicas, bem como a análise da situação de saúde de forma conjunta, com foco na resolutividade e no cuidado ao paciente. Adicionalmente, relatou a importância do cadastro nacional de talidomida ser incluído na portaria e a possibilidade de descarte com logística reversa, onde o fabricante assumira a responsabilidade com o Estado.

O gestor do Rio de Janeiro questionou sobre o que motivaria o financiamento complementar dos estados e dos municípios, o qual consta na proposta de portaria, a necessidade de fracionamento para reverter a dificuldade de acesso e o detalhamento de como se dará o *webservice* para transmissão de informações dos medicamentos e insumos do Cesaf. Foi discutida a importância da visualização de medicamentos do Cesaf nos municípios pelos estados e da importância de todos os medicamentos do componente estarem sobre gestão da Assistência Farmacêutica.

Foi indagado o motivo dos medicamentos das infecções oportunistas do programa DST/aids não serem de responsabilidade do Ministério da Saúde e a sugestão de alocação de medicamentos para toxoplasmose e sífilis para o anexo II da Renome (Cesaf), bem como a necessidade de protocolo para coqueluche. Por fim, foi sugerido maior detalhamento do monitoramento e avaliação dos medicamentos e insumos do Cesaf na portaria.

Foi solicitado pelos participantes do Seminário que a minuta de portaria seja encaminhada via correio eletrônico para nova apreciação e contribuições. O prazo para retorno das contribuições foi até o dia 15 de setembro de 2015.

EXPERIÊNCIAS
DA INTEGRAÇÃO
DOS SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS/
CUIDADO
FARMACÊUTICO NA
ATENÇÃO À SAÚDE
NAS DOENÇAS
DO COMPONENTE
ESTRATÉGICO
DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA
(CESAF)

MESA 4

Objetivo da Mesa: Apresentar, debater e sistematizar as experiências, assim como as propostas e conteúdo para a construção das Diretrizes de Integração da Assistência Farmacêutica/Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde, nas doenças e nos agravos contemplados pelo Cesaf.

Coordenador(a): Rafael Santos Santana – CGAFME/DAF/SCTIE/MS

Palestrantes:

Ana Emília Ahouagi – Coordenadora da Assistência Farmacêutica na Prefeitura de Belo Horizonte – Programa de cuidado ao paciente no Nasf – Belo Horizonte/MG

Sheila Elcielle D’Almeida Arruda – Farmacêutica da Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes – Cuidado ao Paciente com Hanseníase – Jaboatão dos Guararapes/PE

Fernando Araújo Rodrigues de Oliveira – Farmacêutico da Farmácia Escola do Hospital Universitário de Brasília – Consultório Farmacêutico – Brasília/DF

Gabriela Euzébio Barone – Farmacêutica na Clínica de Especialidades – São Bernardo do Campo/SP

Sabrina Godoy – Farmacêutica Especialista em Saúde – Serviço de Farmácia no Hospital Sanatório Partenon – Porto Alegre/RS

Venício Teixeira Rocha – Farmacêutico na Secretaria Municipal de Saúde – Maceió/AL

Debatedores:

Ana Emília Ahouagi – Coordenadora da Assistência Farmacêutica na Prefeitura de Belo Horizonte – Programa de cuidado ao paciente no Nasf – Belo Horizonte/MG

Sheila Elcielle D’Almeida Arruda – Farmacêutica da Prefeitura de Jaboatão dos Guararapes – Cuidado ao Paciente com Hanseníase – Jaboatão dos Guararapes/PE

Fernando Araújo Rodrigues de Oliveira – Farmacêutico da Farmácia Escola do Hospital Universitário de Brasília – Consultório Farmacêutico – Brasília/DF

Gabriela Euzébio Barone – Farmacêutica na Clínica de Especialidades
– São Bernardo do Campo/SP

Sabrina Godoy – Farmacêutica Especialista em Saúde – Serviço de
Farmácia no Hospital Sanatório Partenon – Porto Alegre/RS

Venício Teixeira Rocha – Farmacêutico na Secretaria Municipal de
Saúde – Maceió/AL

Relator(a): Raissa Allan Santos Domingues e Felipe Lima Vieira

Os palestrantes fizeram apresentações sobre suas experiências locais (Anexo 1) no que dizia respeito à integração dos serviços farmacêuticos com o cuidado farmacêutico na atenção à saúde nas doenças do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Após as apresentações houve espaço para questionamentos e considerações.

1. *Relato de Experiência do Programa sobre o cuidado ao paciente no Nasf e Assistência Farmacêutica no Controle da Tuberculose na Saúde da Família – Belo Horizonte/MG*

A palestrante iniciou descrevendo que a organização da AF em Belo Horizonte é dividida em distritos sanitários, enfatizando que na Atenção Primária os Farmacêuticos fazem parte de todos os Núcleos de Assistência à Saúde da Família (Nasf).

Relatou que a estratégia da AF no controle da tuberculose é realizada em todos os distritos por meio de consulta farmacêutica, acompanhamento dos pacientes, capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS), realização de comitês de enfrentamento da tuberculose que têm como objetivo: melhorar a identificação dos sintomas possibilitando a realização do diagnóstico precoce e diminuir o abandono ao tratamento pelos pacientes.

Reuniões mensais são realizadas para a discussão de todos os casos, a avaliação e a sugestão de conduta dos casos. O farmacêutico realiza consulta farmacêutica, pelo menos três vezes, durante o tratamento e o monitoramento mensal da dispensação.

A palestrante ressaltou que a construção de protocolos de AF para tuberculose, hanseníase, entre outros, fortalece a ação e evita erros de conduta, ressaltou também, que a atuação deve estar pautada em *Manual de Conduta do Ministério da Saúde*.

Os desafios apontados foram: a dificuldade de padronização de conduta entre os diversos distritos sanitários; a necessidade de padronização do atendimento farmacêutico; a dificuldade de atuação com pacientes de tuberculose que apresentam o perfil de usuários de drogas, morador de rua e pessoa com baixa escolaridade; além da capacitação dos farmacêuticos com Protocolos Assistenciais, adequação do Sistema de Informação Saúde em Rede (Sisrede) para registro do atendimento farmacêutico e integração da AF nos diversos níveis de atenção da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/BH).

2. *Relato de Experiência sobre o Cuidado ao paciente com hanseníase e tuberculose – Jabotão de Guararapes/PE*

A palestrante iniciou descrevendo que a AF do sistema de saúde de Jabotão é organizada em: Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), 99 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 5 Policlínicas, alocadas com quantidade variáveis nas 7 regionais de saúde. Apontou que possui o número restrito de farmacêuticos em cada unidade e ressaltou que em algumas unidades possui apenas um farmacêutico.

Relatou que o cenário anterior à implantação da AF apresentava abandono e descontinuidade do tratamento com monitoramento insuficiente e irregularidade no acesso, falta de gestão dos medicamentos devolvidos ou não entregues ao usuário e falha no registro.

As ações implantadas foram: padronização do pedido de ressurgimento mensal à CAF por meio de pedido *on-line*, implantação do sistema Hórus para dispensação dos medicamentos da hanseníase em cinco Policlínicas

e sete Regionais de Saúde, além da CAF, e o armazenamento direto dos medicamentos na unidade após recebimento e conferência.

A construção e a divulgação do fluxo de acesso, cadastro, dispensação, distribuição e monitoramento ocorre da seguinte maneira:

O fluxo de acesso tem início na Unidade de Saúde da Família (USF) ou UBS/policlínica que capta o paciente e realiza o cadastramento no Hórus. O paciente recebe a medicação com o recibo nominal. A enfermeira da Unidade de Saúde realiza o cadastro do paciente pela ficha do Sinan, o farmacêutico realiza a dispensação do medicamento no sistema, separa o recibo nominalmente por usuário ou unidade.

O fluxo de monitoramento ocorre pela realização de reunião mensal de atendimento, resgate dos casos de devolutivas, planejamento das ações de fortalecimento na qualificação do cuidado ao usuário e fortalecimento da USF.

As dificuldades apontadas foram: necessidade de relatórios detalhados do conteúdo alimentado no Hórus; demora de retorno do suporte técnico do sistema Hórus, dependência da internet para avanço do programa no município.

As perspectivas são: melhora na integração entre os sistemas, melhora nos relatórios de monitoramento e melhora na agilidade de resolução.

3. Relato de experiência sobre Consultório Farmacêutico da Farmácia Escola do Hospital Universitário de Brasília – Brasília/DF

O palestrante informou que a atuação da Farmácia Escola vinculada à Universidade é recomendação do Ministério da Educação (MEC) e do Conselho Federal de Farmácia (CFF).

A Farmácia Escola da Universidade de Brasília (UnB) foi inaugurada em dezembro de 2011 e tem como objetivo desenvolver ensino e pesquisa e dispensar medicamentos do SUS. O elenco dos medicamentos dispensados inclui: análogos de insulina, oncológicos, medicamentos

estratégicos, medicamentos para hemodiálise e cirurgia bariátrica. A maior parte dos pacientes atendidos é diabético. Todos os pacientes atendidos recebem no momento da dispensação, em mesas individuais, orientação nível 1, segundo metodologia apontada. Há pacientes que recebem indicações para atendimento nível 2 e 3, caracterizada como consulta farmacêutica, que tem como objetivo promover a adesão com atendimento humanizado. A Farmácia Escola conta com três consultórios farmacêuticos individualizados, para um atendimento reservado.

O serviço de seguimento farmacoterapêutico iniciado em 2015 possui parceria com o ambulatório de Doenças Infectoparasitárias (DIP) do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que encaminha os pacientes com problemas relacionados à farmacoterapia. O seguimento farmacoterapêutico é realizado com a utilização de metodologias de: Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP), Pharmacist's Workup of Drug Therapy (PWDT) e Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico

A prática dos estágios dos alunos de Farmácia e Medicina no serviço do ambulatório da DIP do HUB facilitou a inserção do serviço de seguimento em parceria com a equipe formada por farmacêuticos clínicos.

Como o serviço é recente, ainda é limitado ao ambulatório de DIP, no entanto apresenta a pretensão de expansão para atendimento dos pacientes da tuberculose, hanseníase e tabagismo. O maior problema é a falta de recursos humanos, entre eles técnicos e farmacêuticos suficientes para prestação do serviço.

O HUB alimenta a dispensação dos medicamentos antirretrovirais no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e os demais medicamentos dispensados no Hórus. Somente o HUB realiza a alimentação do Hórus no DF e possui estrutura que permita o seguimento farmacoterapêutico.

4. Relato de experiência sobre a organização da Assistência Farmacêutica, do Programa de Tuberculose e do Programa de

DST/aids – São Bernardo do Campo/SP

A palestrante iniciou descrevendo que a AF do sistema de saúde de São Bernardo do Campo, localizado na região metropolitana de São Paulo, é organizada em: 34 UBS, 9 UPAs, 2 ambulatórios de especialidades, 4 Caps III, 4 hospitais. A divisão da AF é realizada em três gerências. A AF possui número crescente de farmacêuticos e auxiliares de farmácia.

O Programa de Tuberculose teve início em maio de 2010 com capacitação de todos os funcionários, matriciamento nas unidades de todos os casos novos, com o sistema *TBWeb* centralizado no programa.

O papel do farmacêutico no Programa de Tuberculose tem caráter fundamental na descentralização do Programa, atendimento ao paciente no início do tratamento, solução de dúvidas do paciente e integração da equipe.

O fluxo de serviço tem início com o encaminhamento da receita pelo farmacêutico para a Divisão de AF, acompanhamento do paciente do início ao final do tratamento, cadastramento de ficha de solicitação por paciente para evitar a falta de medicamento e controlar o estoque e a etapa do tratamento. A Divisão de AF realiza o monitoramento e envio individualizado do medicamento, mantendo a rastreabilidade.

O programa de DST/aids municipal, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, preconizou a descentralização do atendimento nas UPAs para expandir o horário de atendimento e garantir o acesso dos pacientes em caso de profilaxia pós-infecção (que incluem acidentes ocupacionais e exposição por violência sexual) e monitoramento por ficha individuais. O fracionamento para a dispensação nas quantidades suficientes para o tratamento profilático segue a RDC nº 80, de 11 de maio de 2006, realizada pelo farmacêutico com controle da validade, promove o uso racional de medicamentos e o tratamento adequado dentro do prazo esperado (48 horas pós-infecção).

A atuação do farmacêutico resultou no aumento dos pacientes na UPA e na busca ativa do serviço.

5. *Relato de experiência sobre o Serviço de Farmácia no Hospital Santoro Paternon – Porto Alegre/RS*

A palestrante reportou que o Hospital Santoro Paternon é especializado e possui um perfil de usuário característico com: 70% dos pacientes usuários de drogas, 15% moradores de rua. A maioria do elenco de medicamentos dispensados são psicotrópicos e tuberculostáticos.

Foi relatado que o cenário anterior apresentava o fracionamento inadequado de medicamentos e problemas de logística na AF.

A contratação emergencial de farmacêuticos levou a implantação da forma correta do fracionamento de medicamentos, seguindo a RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 (adaptada de uso hospitalar), a identificação e a dispensação individualizada com prescrição eletrônica, a criação de sistema informatizado para elaboração de receitas e registro de prescrição por paciente, a criação de tabela no Excel para dispensação em número adequado de medicamento por dia de tratamento, a adequação da área física, a realização de reuniões clínicas, a dupla conferência para todas as dispensações e a farmacovigilância por busca ativa.

Foi realizada a implantação da farmácia clínica possibilitando o acompanhamento dos pacientes durante todo o tratamento e o ajuste de tempo de uso e adequação da dose por evolução do peso do paciente.

A atuação do farmacêutico na AF possibilitou a integração com os serviços assistenciais, no qual o farmacêutico sai da farmácia e interage com pacientes e equipe, por meio de reuniões clínicas e treinamentos.

A inserção do farmacêutico na equipe e o conhecimento do paciente possibilitam a contribuição com informações relativas à adesão e à orientação alinhada da equipe e demonstram comprometimento com o desfecho e resultado clínico.

Como perspectivas foram propostas: ampliar atividade de farmácia clínica e sistematizar a orientação farmacêutica na prática hospitalar.

6. *Relato de experiência sobre o Projeto de Reimplantação do Serviço do Cuidado Farmacêutico – Maceió/AL*

O palestrante iniciou descrevendo que a estrutura da rede de saúde de Maceió conta com 8 distritos sanitários, 70 unidades de saúde, dos quais 62 dispõem de serviço farmacêutico e 60 contam com pelo menos 1 farmacêutico.

O primeiro desafio encontrado na reestruturação da AF foi à realocação de farmacêuticos nas unidades para uniformizar a quantidade de farmacêutico por unidade de saúde.

A farmacêutica do município realizou um projeto-piloto de cuidado farmacêutico que foi suspenso por falta de estrutura, no entanto, está sendo reimplantado.

O Projeto de Reimplantação do Serviço de Cuidado Farmacêutico está sendo realizado no oitavo distrito, conta com farmacêuticos interessados na implantação do serviço e será o modelo padrão aos outros distritos.

A experiência anterior realizada em 2006 e 2007 contou com oito farmacêuticos e 61 usuários com problemas farmacoterapêuticos que foram acompanhados durante as etapas de diagnóstico, segmento e avaliação.

O objetivo do projeto é promover a farmacoterapia apropriada, efetiva e segura. O projeto-piloto de acompanhamento foi realizado em 20 pacientes. Os pacientes do componente estratégico, principalmente de tuberculose e hanseníase, foram o público-alvo do projeto.

Das intervenções sugeridas pelos farmacêuticos, 80% foram acatadas pelos médicos, que não foram opostos as intervenções.

O palestrante citou como exemplo um caso clínico na qual havia um paciente se queixando de reação adversa ao medicamento (RAM) captopril, com sintomas de tosse seca.

Então foi realizado um plano de atenção/intervenção farmacêutica, objetivando a adequação do medicamento e educação em saúde. A

farmacêutica sugeriu à médica responsável, por argumentação escrita, a substituição do captopril por propranolol, a sugestão foi aceita.

No retorno da paciente ao seguimento farmacêutico a paciente referiu melhora da tosse, mas sintomas de extremidades frias e broncoespasmos. A farmacêutica sugeriu à médica responsável, a substituição do propranolol por atenolol, a sugestão foi acatada e o paciente apresentou melhora na adesão ao tratamento.

A partir dos resultados das experiências locais bem-sucedidas e da importância da integração dos serviços farmacêuticos e do cuidado farmacêutico na atenção à saúde no Cesaf, houve consenso de que deve haver esforço na inserção do farmacêutico neste âmbito, para a minimização de erros médicos e aumento da eficácia dos tratamentos, assim como a adesão pelos pacientes, que devem ter seus tratamentos medicamentosos acompanhados pelo farmacêutico.



ENCAMINHAMENTOS DOS GRUPOS DE TRABALHO

A partir dos subsídios apresentados no termo de referência (Anexo B) e considerando as experiências e saberes dos participantes foi disponibilizado um momento de trabalho em grupo. O objetivo da atividade foi identificar, discutir e propor as ações e estratégias de integração da Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde a pacientes acometidos por doenças do Cesaf.

Os participantes foram alocados em três grupos compostos por, no máximo, 12 pessoas. Para apoiar e qualificar o debate foram apresentadas as seguintes questões problematizadoras:

1. Quais as ações e estratégias podem ser realizadas em âmbito **federal** para qualificar e ampliar os cuidados farmacêuticos para pacientes com doenças da pobreza?
2. Quais as ações e estratégias podem ser realizadas em âmbito **estadual** para qualificar e ampliar os cuidados farmacêuticos para pacientes com doenças da pobreza?
3. Quais as ações e estratégias podem ser realizadas em âmbito **municipal** para qualificar e ampliar os cuidados farmacêuticos para pacientes com doenças da pobreza?

Como resultados dessa metodologia os grupos de trabalho apresentaram encaminhamentos para cada ente federativo, conforme descritos a seguir:

Federal

- Expandir o Qualifar, no eixo cuidado, promovendo a articulação dos gestores no Conass e no Conasems.
- Realizar oficinas para elaborar diretrizes sobre cuidado farmacêutico, e definir as responsabilidades entre AF e vigilância.
- Inclusão do financiamento para serviços farmacêuticos no orçamento anual, pactuando em CIT e CNS.
- Elaboração de protocolos e normas para nortear os serviços farmacêuticos (cuidado).
- Instituir diretrizes para o cuidado ao paciente.

- Rever relação de medicamentos de cada componente e as devidas responsabilidades.

Estadual

- Realização de seminários para troca de experiências entre estados e municípios sobre ações de cuidado farmacêutico.
- Inclusão do farmacêutico e outros profissionais da AF nas capacitações da vigilância em saúde.
- Integração das ações de AF com a Vigilância em Saúde (sanitária e epidemiológica) para monitoramento das ações em conjunto.
- Criar fluxo de comunicação e apoio logístico entre estado e municípios.
- Estabelecer com os municípios um fluxo de cuidado e atendimento ao paciente.
- Definir monitores e apoiadores da rede de cuidado ao paciente por região de saúde, e definir indicadores de acompanhamento e avaliação.

Municipal

- Fazer o levantamento das necessidades de recursos humanos.
- Elaboração de proposta para implementação de consultórios farmacêuticos, em parcerias com as universidades.
- Realização de diagnóstico da realidade local e planejamento das ações.
- Informar os gestores sobre a necessidade da capacitação dos recursos humanos e buscar parcerias.
- Estruturar o cuidado farmacêutico com base nas diretrizes do Ministério da Saúde.
- Identificar e vincular a integração dos setores envolvidos na atenção ao paciente: epidemiologia, cuidado ao paciente e gestão.



ANEXOS

Anexo A – Fichas de inscrição da experiência

FICHA DE DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	
Experiências da integração dos Serviços Farmacêuticos/Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde nas doenças do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)	
1 IDENTIFICAÇÃO	
NOME	Fernando Araújo
FORMAÇÃO	Farmacêutico
ÁREA DE ATUAÇÃO	Farmácia Clínica
2 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	
NOME DO PROJETO/ ATIVIDADE	Integração dos Serviços Farmacêuticos na Atenção à Saúde nas doenças do componente estratégico
OBJETIVO DA ATIVIDADE	Apresentar os serviços farmacêuticos clínicos da Farmácia Escola-HUB
PÚBLICO-ALVO	Pacientes dos seguintes programas: HIV/aids, Controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase, Controle do Tabagismo e Endemias Focais (leishmaniose, doença de Chagas, malária e esquistossomose).
LOCAL DE REALIZAÇÃO	Farmácia Escola-HUB
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Farmacêuticos da Farmácia Escola
SERVIÇO DE REFERÊNCIA?	Sim
QUAL REFERENCIAL TEÓRICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA É UTILIZADO NA ORGANIZAÇÃO DESTE SERVIÇO? (Atenção Farmacêutica/ Farmácia Clínica/Cuidado Farmacêutico)	Ministério da Saúde. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica. Caderno 1. Brasília, 2014. MS. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009. Métodos de Seguimento farmacoterapêuticos: PWDT (Modelo Minnesota), Dáder e SOAP.
HISTÓRICO Descrição evolutiva da experiência, elencando as atividades e ações desenvolvidas.	A dispensação de medicamentos de Programas Estratégicos e outros de interesse do HUB e da SES-DF vem ocorrendo desde janeiro de 2011, com orientação e consultas farmacêuticas. Após pactuação com a equipe médica do ambulatório de doenças infectoparasitárias (DIP) do HUB, no início de 2015 teve início o serviço de seguimento farmacoterapêutico a pessoas vivendo com HIV/aids.

RESULTADOS ALCANÇADOS	<p>Sensibilização dos gestores, médicos e profissionais de saúde para a compreensão e reconhecimento do papel do farmacêutico na equipe de saúde.</p> <p>Preparação dos profissionais para o serviço, aprofundamento dos conhecimentos sobre os métodos clínicos e sobre enfermidades e farmacoterapia.</p> <p>Reconhecimento dos pacientes seguidos.</p>
SITUAÇÃO ATUAL	<p>Disponibilização do serviço de orientação e consultas farmacêuticas a todos os usuários do serviço.</p> <p>O serviço de seguimento farmacoterapêutico atende às demandas levantadas pela equipe médica do ambulatório da DIP-HUB.</p>
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE Descreva como é realizado o monitoramento e a avaliação da iniciativa para medir o alcance dos resultados da prática	<p>Monitoramento dos níveis de adesão.</p> <p>Monitoramento de parâmetros clínicos e laboratoriais, como Contagem de CD4 e carga viral.</p> <p>Monitoramento das taxas de abandono de tratamento e do abandono dos seguimentos farmacoterapêutico.</p> <p>Monitoramento da incidência de reações adversas.</p> <p>Monitoramento da frequência de hospitalização.</p>
PERSPECTIVAS DE AMPLIAÇÃO	<p>Ampliação da oferta do serviço de seguimento farmacoterapêutico aos pacientes dos programas de controle da tuberculose e da hanseníase.</p>
A ATIVIDADE PODE SER CONSIDERADA UMA INOVAÇÃO NO SERVIÇO?	<p>Sim. No HUB a única unidade que oferece este serviço é a Farmácia Escola.</p>
CONSIDERAÇÕES	<p>A oferta do serviço de seguimento farmacoterapêutico aos pacientes de outros programas será implementada na medida em que tivermos disponibilidade de farmacêuticos.</p>

FICHA DE DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	
Experiências da integração dos Serviços Farmacêuticos/Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde nas doenças do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)	
1 IDENTIFICAÇÃO	
NOME	Gabriela Euzébio Barone
FORMAÇÃO	Farmacêutica
ÁREA DE ATUAÇÃO	Assistência Farmacêutica do município de SB Campo
2 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	
NOME DO PROJETO/ ATIVIDADE	Atuação do Farmacêutico nos programas de DST/aids e tuberculose e a implantação de novas técnicas para facilidade de acesso e garantia de tratamento.
OBJETIVO DA ATIVIDADE	Demonstrar as experiências do município na descentralização do programa de tuberculose e DST/aids.
PÚBLICO-ALVO	Equipe multiprofissional.
LOCAL DE REALIZAÇÃO	Município de São Bernardo do Campo.
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Farmacêutico/Auxiliar de farmácia.
SERVIÇO DE REFERÊNCIA?	Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).
QUAL REFERENCIAL TEÓRICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA É UTILIZADO NA ORGANIZAÇÃO DESTE SERVIÇO? (Atenção Farmacêutica/ Farmácia Clínica/Cuidado Farmacêutico)	Cuidado Farmacêutico
HISTÓRICO Descrição evolutiva da experiência, elencando as atividades e ações desenvolvidas.	A descentralização do programa de tuberculose para os casos pulmonares teve início em 2010 com o objetivo de ampliar a busca ativa desses pacientes, bem como garantir seu acesso ao tratamento. A presença do farmacêutico neste processo foi de muita importância, principalmente no controle e no acesso aos medicamentos. A descentralização do atendimento de casos de profilaxia de acidentes com material biológico/exposição sexual do (programa de DST/aids) nas Unidades de Pronto Atendimento do município de São Bernardo do Campo teve início em 2013 com o objetivo de garantir o acesso aos medicamentos antirretrovirais profiláticos e evitar, desta forma, a contaminação pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).

RESULTADOS ALCANÇADOS	<p>A descentralização do programa da tuberculose trouxe maior envolvimento do profissional farmacêutico nas discussões multiprofissionais e um maior reconhecimento deste profissional na equipe e perante os pacientes.</p> <p>Quanto ao programa DST/aids, esta atividade garantiu o acesso de 501 pacientes ao tratamento profilático, e em menor tempo, por se tratar de unidades de pronto atendimento.</p>
SITUAÇÃO ATUAL	<p>Atualmente, estamos com 26 unidades básicas de saúde realizando atendimento de tuberculose e, aproximadamente, 152 pacientes em tratamento. O número de farmacêuticos envolvidos nesse processo é de, aproximadamente, 23.</p> <p>Na profilaxia de acidentes com material biológico e exposição sexual temos 9 UPAs neste atendimento, envolvendo 11 farmacêuticos e 9 auxiliares de farmácia.</p>
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE Descreva como é realizado o monitoramento e a avaliação da iniciativa para medir o alcance dos resultados da prática	<p>O monitoramento é feito por meio dos farmacêuticos das unidades de saúde pela planilha de controle do Tratamento Diretamente Observado (TDO), a qual consta a frequência da administração supervisionada pela equipe de saúde. A solicitação de medicamento é realizada por este mesmo profissional mediante a estas informações, conforme descrito em protocolo técnico elaborado pelo município. No caso do não comparecimento do paciente na unidade de saúde, o agente comunitário é acionado para realizar a busca deste paciente.</p> <p>No programa DST/aids o monitoramento inicial é realizado pelo farmacêutico da UPA, o qual envia a planilha com as informações do paciente para o farmacêutico do SAE para reposição do KIT.</p>
PERSPECTIVAS DE AMPLIAÇÃO	<p>A perspectiva de ampliação deste serviço, a partir deste momento, é de melhora no atendimento desses pacientes, tanto na tuberculose quanto no DST/aids, a fim de criar um vínculo/envolvimento do paciente no programa e fidelizá-lo, e com isso aumentar a garantia de acesso ao medicamento e em consequência, maximizar as taxas de cura.</p>
A ATIVIDADE PODE SER CONSIDERADA UMA INOVAÇÃO NO SERVIÇO?	Sim
CONSIDERAÇÕES	-

FICHA DE DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	
Experiências da integração dos Serviços Farmacêuticos/Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde nas doenças do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)	
1 IDENTIFICAÇÃO	
NOME	Sabrina da Cunha Godoy
FORMAÇÃO	Farmacêutica
ÁREA DE ATUAÇÃO	Farmácia Hospitalar e Ambulatorial de Serviço Especializado em Tuberculose
2 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	
NOME DO PROJETO/ ATIVIDADE	Experiência na Integração de Serviços Farmacêuticos/Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde na Tuberculose
OBJETIVO DA ATIVIDADE	Compartilhar a experiência do Serviço de Farmácia do Hospital Sanatório Partenon de Porto Alegre na integração da Assistência Farmacêutica com a Assistência à Pessoa com Tuberculose.
PÚBLICO-ALVO	Farmacêuticos, gestores, trabalhadores do SUS, professores dos cursos de Farmácia.
LOCAL DE REALIZAÇÃO	Fiocruz – Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília/DF
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	-
SERVIÇO DE REFERÊNCIA?	Sim
QUAL REFERENCIAL TEÓRICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA É UTILIZADO NA ORGANIZAÇÃO DESTE SERVIÇO? (Atenção Farmacêutica/ Farmácia Clínica/Cuidado Farmacêutico)	A Farmácia Clínica é trabalhada no conceito definido pela ASHP, como "a ciência da saúde cuja responsabilidade é assegurar, mediante aplicação de conhecimentos e funções relacionadas ao cuidado dos pacientes, que o uso dos medicamentos seja seguro e apropriado; necessita, portanto, de educação especializada e treinamento estruturado, além da coleta e interpretação de dados, da motivação pelo paciente e de interações multiprofissionais". A Atenção Farmacêutica, por sua vez, é trabalhada no conceito do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: "É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde."

<p>HISTÓRICO Descrição evolutiva da experiência, elencando as atividades e ações desenvolvidas.</p>	<p>A Farmácia do Hospital Sanatório Partenon surgiu com o próprio sanatório, na década de 1950. Desse período até 2012, o serviço exerceu a função de recebimento e entrega de medicamentos para o hospital e para os pacientes que consultavam no Ambulatório de Tisiologia. Em 2012, após um longo período sem farmacêutico, a Gestão Local consegue negociar com a Secretaria Estadual de Saúde a contratação emergencial de dois farmacêuticos. A partir daí, durante os anos que se sucederam houve redirecionamento das atividades da farmácia. Em um primeiro momento, foi realizada a adequação do sistema de dispensação que, até então, era realizado de forma coletiva e com falhas importantes na identificação dos itens. Os farmacêuticos adequaram a estrutura e os processos da farmácia para a realização do sistema de dispensação individualizado. Implantaram a unitarização de formas farmacêuticas sólidas e iniciaram parceria com o setor de informática para a elaboração de um sistema informatizado de dispensação e prescrição. Houve readequação da área física, possibilitando a separação das áreas de armazenamento e dispensação e a aquisição de novos equipamentos – máquina unitarizadora e câmara de conservação de medicamentos termolábeis – além da ampliação do número de computadores. Os farmacêuticos passaram a compor as Comissões Institucionais, os Grupos de Trabalho e a participar dos Rounds Multiprofissionais, o que efetivou seu reconhecimento como membros da equipe de saúde.</p> <p>Quanto à dispensação para os pacientes do ambulatório, a ampliação da área física possibilitou um local mais confortável para espera e orientação. Além disso, novos processos foram implantados para reduzir os erros de dispensação: dupla conferência, programa para contar o período entre consultas e tabela para definição da quantidade a ser dispensada para medicamentos injetáveis – pontos que geravam muitos erros no processo. A identificação de todos os medicamentos com lote e validade tornou o processo mais seguro. A farmácia ainda exerce papel importante no estímulo à descentralização, por meio de sua interface com o Programa Estadual de Controle da Tuberculose, fornecendo informações sobre os pontos de atenção que seguirão o cuidado ao paciente no pós-alta, possibilitando a alta referenciada.</p>
<p>RESULTADOS ALCANÇADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Reconhecimento do farmacêutico como parte integrante da equipe. – Participação nas decisões clínicas. – Ações de Farmácia Clínica e Farmacovigilância. – Redução dos erros de dispensação. – Redução do tempo gasto pela enfermagem na identificação e separação de medicamentos.
<p>SITUAÇÃO ATUAL</p>	<p>Atualmente, a farmácia está consolidando o modelo implantado e estruturando o serviço de farmacovigilância.</p>

<p>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE Descreva como é realizado o monitoramento e a avaliação da iniciativa para medir o alcance dos resultados da prática</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Indicadores de erros de dispensação ambulatorial, por tipo e causa. – Indicadores de erros de dispensação hospitalar. – Avaliação da quantidade de intervenções realizadas em prescrição médica ou cuidados de enfermagem. – Avaliação das causas de pedidos extra de medicamentos.
<p>PERSPECTIVAS DE AMPLIAÇÃO</p>	<p>A ideia de ampliação envolve a implantação do serviço de Clínica Farmacêutica para os pacientes MDR e XDR atendidos pelo Ambulatório de Tisiologia, para os quais o HSP é Referência Estadual, bem como a realização de orientação farmacêutica na alta hospitalar. Implantar pesquisa de satisfação do usuário para pacientes ambulatoriais.</p>
<p>A ATIVIDADE PODE SER CONSIDERADA UMA INOVAÇÃO NO SERVIÇO?</p>	<p>Sim</p>
<p>CONSIDERAÇÕES</p>	<p>Apesar da reestruturação da farmácia ter iniciado em 2012, foi em 2015 que houve a consolidação da reestruturação, com a implantação das reformas da área física solicitadas, bem como o recebimento e a implantação dos equipamentos.</p>

FICHA DE DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	
Experiências da integração dos Serviços Farmacêuticos/Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde nas doenças do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)	
1 IDENTIFICAÇÃO	
NOME	Venício Teixeira Rocha
FORMAÇÃO	Farmacêutico
ÁREA DE ATUAÇÃO	Gestão da Assistência Farmacêutica
2 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	
NOME DO PROJETO/ ATIVIDADE	Reimplantação do Serviço de Cuidado Farmacêutico na rede municipal de saúde de Maceió/AL
OBJETIVO DA ATIVIDADE	Reimplantar o Serviço de Cuidado Farmacêutico na rede municipal de saúde de Maceió, promovendo uma farmacoterapia mais apropriada, efetiva e segura, buscando melhoria na qualidade de vida do usuário.
PÚBLICO-ALVO	Usuários atendidos pela rede municipal, com foco nas doenças crônicas e aquelas contempladas no Componente Estratégico (tuberculose e hanseníase), priorizando inicialmente: internados uma ou mais vezes em hospital nos últimos seis meses; em uso de cinco ou mais medicamentos por dia; aqueles com problemas de adesão ao tratamento.
LOCAL DE REALIZAÇÃO	Unidades de Saúde do município de Maceió
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Farmacêuticos, gestores, atendentes de farmácia e demais profissionais de saúde.
SERVIÇO DE REFERÊNCIA?	-
QUAL REFERENCIAL TEÓRICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA É UTILIZADO NA ORGANIZAÇÃO DESTE SERVIÇO? (Atenção Farmacêutica/ Farmácia Clínica/Cuidado Farmacêutico)	<ul style="list-style-type: none"> - Curso de Atenção Farmacêutica para os farmacêuticos da rede municipal (2006) – Prof. Clóvis Reis (BA). - Outros cursos e especializações (Atenção Farmacêutica, Farmacologia Clínica) realizadas pelos farmacêuticos engajados no projeto. - Cadernos do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica (MS).
HISTÓRICO Descrição evolutiva da experiência, elencando as atividades e ações desenvolvidas.	Reuniões semanais dos farmacêuticos para troca de experiências, adaptação das fichas utilizadas anteriormente, definição de público-alvo, estudo de diretrizes clínicas.

RESULTADOS ALCANÇADOS	-
SITUAÇÃO ATUAL	Reuniões para estabelecer estratégias de divulgação do projeto entre gestores locais e profissionais de saúde.
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE Descreva como é realizado o monitoramento e a avaliação da iniciativa para medir o alcance dos resultados da prática	% Problemas Farmacoterapêuticos resolvidos. % Intervenções farmacêuticas aceitas.
PERSPECTIVAS DE AMPLIAÇÃO	Sim
A ATIVIDADE PODE SER CONSIDERADA UMA INOVAÇÃO NO SERVIÇO?	Sim
CONSIDERAÇÕES	-

FICHA DE DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	
Experiências da integração dos Serviços Farmacêuticos/Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde nas doenças do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)	
1 IDENTIFICAÇÃO	
NOME	Ana Emília de Oliveira Ahouagi
FORMAÇÃO	Farmacêutica
ÁREA DE ATUAÇÃO	Gestão
2 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	
NOME DO PROJETO/ ATIVIDADE	Assistência Farmacêutica e o Controle da Tuberculose nas Unidades de Saúde da SMSA/BH
OBJETIVO DA ATIVIDADE	Demonstrar ações da Assistência Farmacêutica no município de Belo Horizonte
PÚBLICO-ALVO	Participantes do Seminário do Cesaf
LOCAL DE REALIZAÇÃO	Brasília-DF
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Farmacêuticos
SERVIÇO DE REFERÊNCIA?	
QUAL REFERENCIAL TEÓRICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA É UTILIZADO NA ORGANIZAÇÃO DESTE SERVIÇO? (Atenção Farmacêutica/ Farmácia Clínica/Cuidado Farmacêutico)	Cuidado Farmacêutico
HISTÓRICO Descrição evolutiva da experiência, elencando as atividades e ações desenvolvidas.	Apresentação de atuação do profissional Farmacêutico no atendimento à paciente com tuberculose em Belo Horizonte. O farmacêutico no município vem desenvolvendo um importante papel, como gestor de casos, acompanhamento do paciente e sua farmacoterapia, além do desenvolvimento de protocolos de atendimento.
RESULTADOS ALCANÇADOS	Melhorar as taxas de cura e reduzir o abandono ao tratamento.
SITUAÇÃO ATUAL	Município melhorou taxas de abandono, mas ainda fora dos parâmetros colocados pelo MS.

<p>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE Descreva como é realizado o monitoramento e a avaliação da iniciativa para medir o alcance dos resultados da prática</p>	<p>Avaliação das taxas de abandono e alta por cura. Verificação de conduta em auditorias clínicas internas.</p>
<p>PERSPECTIVAS DE AMPLIAÇÃO</p>	<p>Sim</p>
<p>A ATIVIDADE PODE SER CONSIDERADA UMA INOVAÇÃO NO SERVIÇO?</p>	<p>Sim</p>
<p>CONSIDERAÇÕES</p>	<p>Estamos elaborando Protocolos de Atendimento farmacêutico nos casos de tuberculose. Com isso esperamos alinhar as condutas na rede, aprimorando o cuidado aos pacientes.</p>

FICHA DE DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	
Experiências da integração dos Serviços Farmacêuticos/Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde nas doenças do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf)	
1 IDENTIFICAÇÃO	
NOME	Sheila Elcielle d' Almeida Arruda
FORMAÇÃO	Farmacêutica Bioquímica, pós-graduação em Gestão da Assistência Farmacêutica e Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família
ÁREA DE ATUAÇÃO	Coordenação da Assistência Farmacêutica do município do Jaboatão dos Guararapes
2 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	
NOME DO PROJETO/ ATIVIDADE	Atendimento e monitoramento dos usuários de hanseníase por meio do sistema Hórus
OBJETIVO DA ATIVIDADE	Qualificar o atendimento e o cuidado dos usuários de hanseníase e melhorar os índices de monitoramentos dos casos notificados no município.
PÚBLICO-ALVO	Usuários de hanseníase
LOCAL DE REALIZAÇÃO	7 Regionais de Saúde, 5 Policlínicas, 13 Unidades Básicas de Saúde e 99 Equipes da Estratégia Saúde da Família e 1 Central de Abastecimento Farmacêutico.
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS	Farmacêuticos, enfermeiras e atendentes de Farmácia
SERVIÇO DE REFERÊNCIA?	Sim
QUAL REFERENCIAL TEÓRICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA É UTILIZADO NA ORGANIZAÇÃO DESTE SERVIÇO? (Atenção Farmacêutica/ Farmácia Clínica/Cuidado Farmacêutico)	Cuidado Farmacêutico

<p>HISTÓRICO Descrição evolutiva da experiência, elencando as atividades e ações desenvolvidas.</p>	<p>Realização de diagnóstico inicial das principais dificuldades enfrentadas pelos usuários de hanseníase no acesso e na continuidade do tratamento, bem como nas dificuldades enfrentadas pela Assistência Farmacêutica na gestão do medicamento e pela Vigilância em Saúde na notificação dos casos e da Atenção Primária à Saúde na continuidade do cuidado na USF em vez da permanência desse no serviço de referência.</p> <p>Implantação do sistema Hórus nas 7 Regionais de Saúde e 5 Policlínicas, além da CAF, para assegurar a continuidade nos cadastros e dispensações realizadas no sistema.</p> <p>Garantia de estoque mínimo de reserva nas regionais e policlínicas, para atendimento de novos casos.</p> <p>Construção de fluxo para acesso, cadastro, dispensação, distribuição e monitoramento dos atendimentos de medicamentos realizados.</p>
<p>RESULTADOS ALCANÇADOS</p>	<p>Fluxo estabelecido e consolidado de realização de pedido on-line à CAF, pelas regionais de saúde no atendimento das unidades de saúde de sua cobertura, bem como as policlínicas.</p> <p>Melhoria na gestão do medicamento.</p> <p>Melhoria nos registros de Notificação Obrigatória.</p> <p>Melhoria no acesso ao medicamento e garantia de continuidade do tratamento.</p> <p>Melhoria no monitoramento de casos com indicativos de abandono.</p>
<p>SITUAÇÃO ATUAL</p>	<p>Manutenção dos resultados alcançados.</p> <p>Fragilidade no monitoramento das ações, por falta de pessoal técnico exclusivo para essa finalidade.</p>
<p>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE Descreva como é realizado o monitoramento e a avaliação da iniciativa para medir o alcance dos resultados da prática</p>	<p>Por meio de reuniões periódicas para avaliar as ações realizadas em conformidade com os fluxos estabelecidos, com os farmacêuticos das regionais de saúde, policlínicas e CAF, onde o sistema está implantado e em funcionamento.</p> <p>São avaliados os relatórios mensais de movimentações no sistema, realizados pela CAF e demais serviços.</p>
<p>PERSPECTIVAS DE AMPLIAÇÃO</p>	<p>Implantar a orientação farmacêutica aos usuários de primeiro atendimento, a fim de fortalecer a adesão ao tratamento.</p>
<p>A ATIVIDADE PODE SER CONSIDERADA UMA INOVAÇÃO NO SERVIÇO?</p>	<p>Sim</p>
<p>CONSIDERAÇÕES</p>	<p>São grandes os desafios enfrentados para manter as ações de monitoramento, por deficiência de pessoal para essa finalidade.</p> <p>Porém, existem perspectivas de avanço após contratação de novos profissionais farmacêuticos mediante concurso público em andamento.</p>

Anexo B – Termo de referência

TERMO DE REFERÊNCIA

A INTEGRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA SUPERAÇÃO DAS DOENÇAS RELACIONADAS À POBREZA

Caracterizadas principalmente pelo perfil endêmico, infeccioso e o acometimento de populações pobres, o termo “doenças negligenciadas” foi cunhado pela primeira vez em 1970 pela Fundação Rockefeller alertando sobre a falta de interesse do mercado farmacêutico global no investimento de medicamentos para doenças próprias de países em desenvolvimento.¹

Também comumente chamadas de “doenças tropicais”, “transmissíveis negligenciadas”, “emergentes”, ou “reemergente” parece haver uma convergência conceitual entre documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério da Saúde, algumas organizações não governamentais e estudiosos, de denominá-las de “doenças relacionadas à pobreza” ou simplesmente “doenças da pobreza”. Esse conceito permite ampliar a atenção para agravos não transmissíveis como doenças relativas à subnutrição e anemias carências, causadas por déficit alimentar ou por perdas de sangue (decorrentes de verminoses, de hemorragias ou de alcoolismo) e dar ênfase a – cada vez mais evidente – relação destas doenças com as condições socioeconômicas da população.^{2,3}

O termo remete fundamentalmente para descrever coletivamente doenças, incapacidades e problemas de saúde que são mais prevalentes entre os pobres do que entre as pessoas mais ricas. Em muitos casos a pobreza é considerada o principal fator de risco ou determinantes para tais doenças, e em alguns casos as próprias doenças são identificadas como obstáculos ao desenvolvimento econômico que acaba com a pobreza.⁴

A integração da atenção à saúde vem sendo discutida no âmbito do Sistema Único de Saúde, como a estratégia para superar a fragmentação do sistema para o alcance de uma assistência contínua, integral, de qualidade e humanizada, com a finalidade de aumentar o seu desempenho em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Uma nova organização dos sistemas de atenção à saúde, tem ocorrido por meio da operacionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), compreendidas como o arranjo adequado para o enfrentamento do quadro de saúde vigente no País e para a obtenção de um sistema organizado por um conjunto coordenado de pontos de atenção.⁵

As Redes de Atenção à Saúde são definidas 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.

Enquanto parte do sistema, a assistência farmacêutica é considerada componente estruturante das RAS e, por isso, essencial na integração sistêmica e organizacional da saúde, para a garantia da prestação integral dos serviços à população.

Neste sentido, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/SCTIE/MS tem trabalhado a favor da efetivação da integração da assistência farmacêutica à assistência à saúde, por meio de programas e incentivos para promoção e garantia dos serviços farmacêuticos no SUS.

OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS INSTITUÍDOS NO ÂMBITO DO SUS

As ações e os serviços da Assistência Farmacêutica estão contemplados nos diferentes instrumentos normativos do SUS, sendo entendidos como elementos fundamentais para efetivação da integralidade das ações oferecidas à população.

A Assistência Farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, tendo por objeto a relação com o usuário, organizada de acordo com a complexidade, as necessidades da população e as finalidades dos serviços de saúde.⁷

Por meio dos serviços farmacêuticos, é possível garantir atenção integrada e contínua com as necessidades e problemas da saúde da população, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais, contribuindo para o acesso equitativo e seu uso racional. Essas ações, desenvolvidas pelo farmacêutico – ou sob a sua coordenação – incorporadas a uma equipe de saúde com a participação da comunidade, têm, por objetivo, a obtenção de resultados específicos de saúde, visando melhorar a qualidade de vida da população.⁸

Neste sentido, a Assistência Farmacêutica exerce um importante papel na Atenção Básica à Saúde (ABS), buscando garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos. A disponibilidade dos medicamentos na ABS deve atender às necessidades epidemiológicas, com sua ciência, regularidade e qualidade apropriadas, de forma integrada com orientação para o uso racional de medicamentos, por meio de diferentes serviços ofertados no território.⁷

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) foram criados por meio da Portaria MS/GM nº 154, de 24, de janeiro de 2008, constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (AB), bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica.⁹

A equipe multiprofissional atua em parceria com as ESFs, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESFs,

buscando instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho.⁹

A responsabilização compartilhada entre as equipes de Saúde da Família (eSF) e a equipe do Nasf na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência.⁹

Os Nasfs atuam no fortalecimento da integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais etc.).^{9,10}

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos Nasfs: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.^{9,10}

Todas as atividades podem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território, ampliando a capacidade de intervenção coletiva das equipes de AB para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição.^{9,10}

Os Nasfs são classificados em três modalidades: Nasf 1, Nasf 2 e Nasf 3, compostos por profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes nessas categorias, conforme disposto nas Portarias nº 154/2008 e Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional/prof. de Educação Física, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico ginecologista/obstetra, médico acupunturista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, médico geriatra, médico internista (Clínica Médica), médico do Trabalho, médico veterinário, profissional

com formação em Arte e Educação (arte educador), profissional de Saúde Sanitarista.

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os Nasfs, a serem desenvolvidas em conjunto com as ESFs:⁹

- Identificar, com as ESFs e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas.
- Identificar, com as ESFs e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações.
- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESFs e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
- Acolher os usuários e humanizar a atenção.
- Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde.
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos Nasfs por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, pôsteres e outros veículos de informação.
- Avaliar, em conjunto com as ESFs e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos.
- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos Nasfs; e elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESFs e os Nasfs do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

- As ações de Assistência Farmacêutica são voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.⁹

A Assistência Farmacêutica nos Nasfs visa fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico de forma integrada às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, cujo trabalho buscará garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo com a resolubilidade das ações de promoção, de prevenção e de recuperação da saúde, conforme estabelecem as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família e da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica:⁹

- Coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família.
- Auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde.
- Promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso.
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família.
- Selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços; – receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/Saúde da Família.
- Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

- Subsidiar o gestor, os profissionais de saúde e as ESFs com informações relacionadas à morbimortalidade associados aos medicamentos.
- Elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade.
- Intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida.
- Estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica.
- Treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

Para efeito de repasse de recursos federais, as Portarias nº 548/2013 e 562/2013 definem os valores de financiamento do Nasf 1, 2, 3 e referente ao Pmaq, e as Portarias nº 154/2008 e 256/2013 determinam as regras para implantação dos Nasfs e cadastramento das equipes.

RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (RENASES) E A PROGRAMAÇÃO GERAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (PGASS)

A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) foi instituída pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e publicada por meio da Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012. Esta relação representa um dos instrumentos de alta relevância no âmbito do SUS, por compreender todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde.^{15, 20}

A Renases está organizada nos componentes de: ações e serviços da atenção básica (primária); ações e serviços da urgência e emergência; ações e serviços da atenção psicossocial; ações e serviços da atenção ambulatorial especializada e hospitalar e; ações e serviços da vigilância em saúde.¹⁵

As ações e os serviços da Assistência Farmacêutica estão contemplados nos diferentes níveis de atenção à saúde, ao qual a Renases é estruturada. No âmbito da atenção primária e nas ações vigilância em saúde, o farmacêutico deve oferecer à população as ações e os serviços instituídos na Renases como: consulta e acompanhamento realizados por profissional de nível superior; educação em saúde sobre uso racional de medicamentos; orientação farmacêutica na dispensação de medicamentos; e farmacovigilância.¹⁶

Essas ações e serviços devem contemplar: atendimentos individuais realizados por profissionais de nível superior, com o objetivo de garantir atenção integral, conforme a necessidade de saúde do indivíduo; ações individuais e coletivas de educação em saúde, desenvolvidas na comunidade e com profissionais de saúde, para promover a prescrição e o uso racional de medicamentos; informar e orientar os usuários acerca do uso e guarda corretos dos medicamentos, promovendo a adesão ao tratamento, de acordo com as necessidades de cada caso, a fim de otimizar os resultados esperados com a farmacoterapia, onde o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento; assim como, ações de identificação e avaliação dos efeitos, agudos ou crônicos,

do risco do uso dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em grupos de pacientes expostos a tratamentos específicos.¹⁶

Em consonância com as ações instituídas na Renases, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), buscando definir as diretrizes de inserção da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), elaborou o documento de Assistência Farmacêutica nas RAS, com a finalidade de fomentar a discussão sobre o seu papel nesta estratégia de reorganização do sistema de saúde.¹⁷

Este documento instituiu a clínica farmacêutica como uma prática que engloba o conjunto dos serviços de Dispensação, Orientação Terapêutica/Saúde e Seguimento Farmacoterapêutico. Os quais estão entre as atribuições do farmacêutico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasfs).¹⁷

Para além das ações da Renases e do documento de Assistência Farmacêutica nas RAS, os serviços farmacêuticos instituídos no âmbito do SUS tiveram sua ampliação no âmbito do planejamento em saúde, onde a proposição metodológica para a programação do Componente da Assistência Farmacêutica na Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) apresentou como prioridade a programação de ações e serviços, abrangendo: a Gestão da Assistência Farmacêutica; a Seleção e programação de medicamentos; a Aquisição de medicamentos; a Dispensação de medicamentos; a Orientações Farmacêuticas para o URM; o Seguimento Farmacoterapêutico; a Educação em Saúde; a Farmacovigilância; e o Serviço de Informação sobre Medicamentos (SIM).¹⁸

Mesmo considerando a complexidade do processo de Assistência Farmacêutica, que envolve a articulação e o sincronismo entre os serviços e a ação cooperativa dos profissionais de saúde, observam-se avanços na organização dessa política, a citar a publicação da Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Nesse âmbito, a farmácia é considerada uma unidade de prestação de serviços de saúde, que abriga serviços orientados ao uso racional dos medicamentos, com a finalidade de obter resultados concretos de segurança e de efetividade do tratamento.^{7,19}

O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – QUALIFAR-SUS

Considerando a necessidade de qualificar a Assistência Farmacêutica, com ênfase em sua inserção nas Redes de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS), desenvolveu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS).

O Programa foi pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 26 de abril de 2012, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Instituído por meio da Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012, o Qualifar-SUS tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

Suas diretrizes estão fundamentadas em:⁶

- Promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado.
- Contribuir para garantia e ampliação do acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados.
- Estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS.

- Favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência Farmacêutica, o planejamento, a programação, o controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica.

O Qualifar-SUS está organizado em quatro eixos e sua operacionalização é regulada mediante pactuação no âmbito da CIT.⁶

- Eixo Estrutura: possui o objetivo de contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos.
- Eixo Educação: visa promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das Redes de Atenção à Saúde.
- Eixo Informação: objetiva produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica.
- Eixo Cuidado: insere a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando à resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

Como estratégia para avançar na implementação do Qualifar-SUS, em âmbito regional, estabeleceu-se parceria com a Gerência do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), a Unidade de Gestão do Projeto (UGP), o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID), a Secretaria-Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS) com os objetivos de: aprimorar os mecanismos de gestão de tecnologia de uso em saúde nessas regiões do QualiSUS-Rede, por meio da informatização

dos Sistemas de Apoio (almoxarifados e/ou centrais de abastecimento farmacêutico), nos Pontos de Atenção à Saúde e nos Pontos de Apoio Terapêutico; capacitar profissionais na gestão da Assistência Farmacêutica e no Sistema Hórus e desenvolver um projeto-piloto para a Gestão do Cuidado considerando a implantação de serviços da clínica farmacêutica em um município das regiões apoiadas pelo Projeto.⁷

Dessa forma, o Departamento de Assistência Farmacêutica desenvolveu um projeto-piloto em Curitiba, com a Secretaria Municipal de Saúde, cujo processo de implementação e os resultados foram publicados por meio de cadernos, *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*, organizados da seguinte forma:

- Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde à Apresenta uma visão geral sobre a Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, destacando os serviços de clínica farmacêutica e as atividades técnico-pedagógicas do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.
- Caderno 2: Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica à Apresenta o processo de capacitação dos profissionais farmacêuticos e o modelo de método clínico desenvolvido para a implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Traz também ferramentas e instrumentos necessários para aplicação do cuidado farmacêutico.
- Caderno 3: Planejamento e Implementação de Serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: A Experiência de Curitiba à Apresenta o processo de planejamento para implementação do serviço de cuidado farmacêutico no município de Curitiba/PR e relato de experiência vivenciada pelos profissionais do projeto.
- Caderno 4: Resultados do Projeto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no município de Curitiba/PR à Apresenta resultados parciais dos atendimentos realizados nos serviços de clínica farmacêutica implantados e do processo de capacitação dos profissionais farmacêuticos.

REFERÊNCIAS

1. Academia Brasileira de Ciências. Doenças negligenciadas. Rio de Janeiro; 2010. 56 p.
2. World Health Organization. Global report for research on infectious diseases of poverty. 2012. 1-184 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas a pobreza. Brasília; 2014. 384 p.
4. Instituto Oswaldo Cruz. Nota Técnica nº1 de 2011: Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das doenças da pobreza no programa de erradicação da pobreza extrema no Brasil [Internet]. 2011. Recuperado de: http://www.fiocruz.br/ioc/media/NotaTecnica_1_2011_IOCatual.pdf.
5. Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
6. Portaria GM nº 1.214, de 13/06/2012 - Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS).
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/16824>>.
8. OPAS/OMS. Serviços Farmacêuticos com base em cuidados primários de saúde, Washington, 2013.
9. Portaria GM nº 154, de 24/1/2008 – Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da família – NASF.
10. Portaria GM nº 2.488, de 21/10/2011 – Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, ESF e o PACS.

11. Portaria GM nº 3.124, de 28/12/2012 – Cria o NASF 3 e redefine os parâmetros de vinculação.
12. Portaria SAS nº 256 de 11 de março de 2013, que define as normas para cadastramento do NASF no CNES e institui o CBO provisório de sanitarista e profissional de educação física na saúde.
13. Portaria GM nº 548 de 4 de abril de 2013, que define o valor de financiamento do NASF 1, 2, e 3.
14. Portaria GM nº 562 de 4 de abril de 2013, que define os valores do incentivo referente ao PMAQ.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS nº 841, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, 2012.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Brasília, 2012.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. Brasília, 2012 (Documento Interno).
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde. Diretrizes e Proposições Metodológicas para a Elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. Brasília, 2012.
19. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.
20. BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.