

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS
DIRETAMENTE DESTINADOS AO PACIENTE,
À FAMÍLIA E À COMUNIDADE
CONTEXTUALIZAÇÃO E ARCABOUÇO CONCEITUAL



SERVIÇOS FARMACÊUTICOS
DIRETAMENTE DESTINADOS AO PACIENTE,
À FAMÍLIA E À COMUNIDADE
CONTEXTUALIZAÇÃO E ARCABOUÇO CONCEITUAL

FICHA CATALOGRÁFICA

Conselho Federal de Farmácia.

Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

200 p. : il.

ISBN 978-85-89924-20-7

1. Serviços farmacêuticos. 2. Necessidades de saúde. 3. Promoção da saúde. I. Título.

CDU 615.1

DIRETORIA DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (2016-2017)

Presidente

Walter da Silva Jorge João

Secretário-geral

José Gildo da Silva

Vice-presidente

Valmir de Santi

Tesoureiro

João Samuel de Morais Meira

CONSELHEIROS FEDERAIS EFETIVOS

Rossana Santos Freitas Spiguel – AC
(2014 - 2017)

Ângela Cristina Rodrigues da Cunha
Castro Lopes – MS (2014 - 2017)

José Gildo da Silva – AL
(2016 - 2019)

José Ricardo Arnaut Amadio – MT
(2015 - 2018)

Marcos Aurélio Ferreira da Silva – AM
(2015 - 2018)

Walter da Silva Jorge João – PA
(2016 - 2019)

Carlos André Oeiras Sena – AP
(2014 - 2017)

João Samuel de Morais Meira – PB
(2016 - 2019)

Altamiro José dos Santos – BA
(2014 - 2017)

Bráulio César de Sousa – PE
(2016 - 2019)

Luis Cláudio Mapurunga da Frota – CE
(2016 - 2019)

Oswaldo Bonfim de Carvalho – PI
(até maio 2016 – outubro 2016/2019)

Forland Oliveira Silva – DF
(2014 - 2017)

Elena Lúcia Sales Sousa – PI
(junho/setembro 2016)

Gedayas Medeiros Pedro – ES
(2016 - 2019)

Valmir de Santi – PR
(2014 - 2017)

Sueza Abadia de Souza Oliveira – GO
(2015 - 2018)

Alex Sandro Rodrigues Baiense – RJ
(2016 - 2019)

Fernando Luís Bacelar de Carvalho Lobato
– MA (2014 - 2017)

Lenira da Silva Costa – RN
(2016 - 2019)

Gerson Antônio Pianetti – MG
(2016 - 2019)

Lérida Maria dos Santos Vieira – RO
(2016 - 2019)

Erlandson Uchôa Lacerda – RR
(2014 - 2017)

Josué Schostack – RS
(2016 - 2019)

Paulo Roberto Boff – SC
(2016 - 2019)

Vanilda Oliveira Aguiar – SE
(2015 - 2018)

Marcelo Polacow Bisson – SP
(2016 - 2019)

Amilson Álvares - TO
(2015 - 2018)

ORGANIZADORAS

Angelita Cristine de Melo
Josélia Cintya Quintão Pena Frade

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Ana Márcia Yunes Salles Gaudard
Angelita Cristine de Melo
Cassyano Januário Correr
Chiara Erminia da Rocha
Dayani Galato
Divaldo Pereira de Lyra Junior
Djenane Ramalho de Oliveira
Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Mário Borges Rosa
Micheline Marie Milward de Azevedo
Meiners
Tarcisio José Palhano
Wellington Barros da Silva

REVISORES

André Lacerda Ulysses de Carvalho
Claudia Serafin
Daniel Correia Júnior
Dayde Lane Mendonça da Silva

Felipe Dias Carvalho
Gabriel Rodrigues Martins de Freitas
Gonçalo Sousa Pinto
Inajara Rotta
Jarbas Tomazoli Nunes
Leonel Augusto Morais Almeida
Marta Maria de França Fonteles
Mateus Rodrigues Alves
Rafael Mota Pinheiro
Rodrigo Silveira Pinto
Sílvia Storpirtis
Simone de Araújo Medina Mendonça
Thaís Teles de Souza

REVISÃO FINAL

Angelita Cristine de Melo
Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Tarcisio José Palhano

ACOMPANHAMENTO E REVISÃO DO PROJETO GRÁFICO

Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Hellen Karoline Maniero
Maria Isabel Lopes

MENSAGEM DO PRESIDENTE

A Farmácia brasileira está trilhando um caminho de profundas mudanças. O Conselho Federal de Farmácia (CFF) se orgulha por estar na dianteira desse movimento, voltado a uma participação mais ativa do farmacêutico no processo de cuidado ao paciente, à família e à comunidade.

Dois mil e treze (2013), foi um ano histórico! O CFF editou duas importantes resoluções: a de número 585, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, e a de número 586, que regula a prescrição farmacêutica no Brasil.

Outra grande conquista, fruto de intensa mobilização da categoria farmacêutica no país, por meio do Fórum Nacional de Luta pela Valorização da Profissão Farmacêutica, foi a sanção da Lei nº 13021/2014, que além de mudar o conceito de farmácia no Brasil reconheceu a autoridade técnica do farmacêutico nesses estabelecimentos, ao instituir obrigações legais voltadas à prestação de cuidado direto ao paciente.

O conselho tem lutado incansavelmente pela ampliação do reconhecimento do farmacêutico como profissional da saúde. Nós, farmacêuticos, temos competência para atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como na prevenção de doenças e de seus agravos. A ampliação da atuação desse profissional nos diferentes sistemas de saúde tem resultado na melhoria dos indicadores de saúde e da morbimortalidade pela farmacoterapia.

Por tudo isso, o CFF definiu, como pauta estratégica da instituição, estimular e apoiar a expansão da atuação clínica do farmacêutico no país. Neste sentido, em 2016, lançou o Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde (ProFar®), visando a contribuir para o aprimoramento dos farmacêuticos que assumem o cuidado como o seu modelo de prática profissional.

Considerando a falta de harmonia na designação de termos para a área clínica no país, o CFF elaborou este documento como uma diretriz para a fundamentação do ProFar e também como um referencial para os farmacêuticos e para as instituições de ensino sobre a provisão de serviços e procedimentos farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade.

A abordagem clínica proposta neste documento assenta-se na transposição do método hipotético-dedutivo para a resolução de problemas pertinentes ao raciocínio clínico. Não tem a pretensão de esgotar o assunto do cuidado prestado pelo farmacêutico à saúde das pessoas.

A existência de base conceitual comum e de processos de trabalho definidos para os distintos serviços e procedimentos farmacêuticos é fundamental para a harmonização e gestão do trabalho, assim como para a avaliação de resultados. Contribuem, também, para a inserção efetiva do farmacêutico no sistema de saúde, para sua valorização e para a remuneração pelos serviços prestados, a exemplo do que já ocorre em outros países.

Urge um esforço conjunto das diferentes entidades, para aumentar a capacidade de resposta do farmacêutico às necessidades de saúde da sociedade. Isto propiciará aos pacientes não apenas o acesso aos medicamentos em condições seguras de uso, como também a otimização dos resultados da farmacoterapia, com vistas a melhorar o controle das suas condições de saúde e possibilitar o encaminhamento precoce ao médico, quando houver necessidade de diagnóstico nosológico.

Mudar uma prática profissional não é tarefa simples, pois envolve o comprometimento de muitos atores. Constitui, portanto, um grande desafio, mas também uma oportunidade ímpar para o reconhecimento da relevância da atuação clínica do farmacêutico em prol da saúde da população brasileira.

Desejo que este documento inspire aqueles que buscam uma Farmácia cada vez mais valorizada e reconhecida por todos. Participe deste momento de transformação!

Walter da Silva Jorge João

Presidente do Conselho Federal de Farmácia

AGRADECIMENTOS

Aos que colaboraram, enviando contribuições à versão deste documento, colocada em Consulta Pública pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), sob o nº 02/2014.

Aos participantes dos eventos que debateram o documento colocado em Consulta Pública pelo CFF, sob nº 02/2014, em oficinas realizadas pelo CFF, em parceria com os cursos de Farmácia das Universidades Federais do Ceará e de Minas Gerais, e conselhos regionais de Farmácia (CRFs) dos estados de Minas Gerais, Goiás, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Aos integrantes do Laboratório de Serviços Clínicos e Evidências em Saúde (Lasces), da Universidade Federal do Paraná (UFPR), nas pessoas do professor Cassyano Januário Correr, e das estudantes Tháís Teles de Souza e Inajara Rotta, pela participação em todas as discussões referentes aos conceitos e à estrutura dos serviços.

Ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Farmácia Social (Lepfs), da Universidade Federal de Sergipe (UFS), nas pessoas dos professores Chiara Ermínia da Rocha, Divaldo Pereira de Lyra Junior, Giselle de Carvalho Brito e Wellington Barros da Silva, e dos estudantes Alessandra Resende Mesquita, Aline Santana Dosea, Anne Caroline Oliveira dos Santos, Carina Carvalho Silvestre, Carla Francisca dos Santos Cruz, Daniel Tenório da Silva, Elisdete Maria Silva de Jesus, Genival Araújo dos Santos Júnior, Tatiane Cristina Marques, Viviane Gibara Guimarães, pela discussão referente à conciliação e revisão da farmacoterapia.

Ao professor Airton José Petris, da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR), pela colaboração na reflexão sobre serviços, procedimentos e processo de formação.

Aos integrantes do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), nas pessoas das

professoras Djenane Ramalho de Oliveira e Simone Araújo Medina Mendonça.

Às farmacêuticas Annaline Stierget Cid e Marianne Sardenberg Costa, por compartilharem informações, ainda não publicadas, de sua prática na saúde suplementar.

À educadora e pesquisadora Virgínia Schall (*in memoriam*), falecida durante a elaboração deste documento, pelas relevantes contribuições à educação em saúde do Brasil e, particularmente, pela validação do conceito aqui proposto.

À Comissão de Farmácia Clínica do CRF/RS pelas contribuições e reflexões, especialmente no que se refere às necessidades em saúde e à intervenção comunitária.

Aos educadores Arnaldo Zubioli e Maria Denise Ricetto Funchal Witzel, que compartilharam suas reflexões e publicações referentes a alguns dos conceitos explanados neste documento.

Aos farmacêuticos Antônio Eduardo Matoso Mendes e Diana Domingues da Camara Graça, pelas contribuições referentes à conciliação de medicamentos.

Aos farmacêuticos Elisângela da Costa Lima Dellamora, Felipe Nunes Bonifácio e Lucas Miyake Okumura, pelas contribuições referentes à monitorização terapêutica de medicamentos.

Por fim, um agradecimento especial a todos os que participaram ativamente do processo de construção e da avaliação das contribuições enviadas ao CFF, durante o período da consulta pública.

“Redefining care models for pharmacists will not happen if we continue to simply do more of what we have been doing and deploying our scarce resources in the same way. It is time to be bold and forceful in our actions. We need a revolution of thinking in pharmacy practice that puts us at the forefront of patient care.”

“A redefinição dos modelos de cuidados prestados por farmacêuticos não irá acontecer se nós simplesmente continuarmos fazendo o mesmo que temos feito e investindo nossos escassos recursos da mesma forma. É hora de sermos ousados e contundentes em nossas ações. Precisamos de uma revolução na maneira de pensar a prática farmacêutica, que nos coloque na vanguarda dos cuidados ao paciente” (tradução nossa)

Henri R Manasse

LISTA DE FIGURAS

- 50 **FIGURA 1**
Relação entre os constructos serviço, serviços de saúde e serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade.
- 56 **FIGURA 2**
Relação entre os constructos da área do saber Farmácia Clínica.
- 59 **FIGURA 3**
Processo de cuidado farmacêutico.
- 62 **FIGURA 4**
Modelo lógico-conceitual dos serviços farmacêuticos.
- 74 **FIGURA 5**
Necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade e os serviços farmacêuticos correspondentes.
- 94 **FIGURA 6**
Elementos mínimos que caracterizam os serviços diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade.
- 122 **FIGURA 7**
Características e necessidades do processo de documentação do cuidado ao paciente.
- 125 **FIGURA 8**
Processo de documentação da decisão pelo encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABEF	Associação Brasileira de Educação Farmacêutica
APS	Atenção primária à saúde
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações

LISTA DE ABREVIATURAS

CFF	Conselho Federal de Farmácia
Cobef	Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica
CRF	Conselho Regional de Farmácia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conass	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia
Enefar	Executiva Nacional de Estudantes de Farmácia
FDA	Food and Drug Administration
Feifar	Federação Interestadual dos Farmacêuticos
Fenafar	Federação Nacional dos Farmacêuticos
FIP	Federação Farmacêutica Internacional
Lascas	Laboratório de Serviços Clínicos e Evidências em Saúde
Lepfs	Laboratório de Ensino e Pesquisa em Farmácia Social
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PRMs	Problemas relacionados a medicamentos
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
Qualifar-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAS	Redes de atenção à saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
Scite	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFS	Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

	24		65
ANTECEDENTES		5	PREMISSAS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS
	29		71
1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROVISÃO DOS SERVIÇOS DIRETAMENTE RELACIONADOS AO PACIENTE, À FAMÍLIA E À COMUNIDADE	6	TIPOS DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS E SEUS CONCEITOS
1.1	Introdução	6.1	Rastreamento em saúde
	39	6.2	Educação em saúde
2	NECESSIDADES DE SAÚDE DO PACIENTE, DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE	6.3	Dispensação
	45	6.4	Manejo de problema de saúde autolimitado
3	CONSULTA, CONSULTA FARMACÊUTICA, SERVIÇOS, SERVIÇOS DE SAÚDE E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	6.5	Monitorização terapêutica de medicamentos
3.1	Consulta e consulta farmacêutica	6.6	Conciliação de medicamentos
3.2	Serviço, serviço de saúde e serviços farmacêuticos	6.7	Revisão da farmacoterapia
	53	6.8	Gestão da condição de saúde
4	FARMÁCIA CLÍNICA, CUIDADO FARMACÊUTICO E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS DIRETAMENTE DESTINADOS AO PACIENTE, À FAMÍLIA E À COMUNIDADE	6.9	Acompanhamento farmacoterapêutico
			91
		7	ELEMENTOS MÍNIMOS QUE CARACTERIZAM OS SERVIÇOS
			99
		8	PROCEDIMENTOS FARMACÊUTICOS
		8.1	Verificação de parâmetros clínicos
		8.2	Administração de medicamentos
		8.3	Organização dos medicamentos
		8.4	Realização de pequenos curativos

SUMÁRIO

9	PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA	107	15	REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS	145
10	ANÁLISE DE INFORMAÇÃO, GESTÃO DE RISCO E CULTURA DE SEGURANÇA	113	16	CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
11	DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADO	119		REFERÊNCIAS	156
12	RESPALDO LEGAL	127		APÊNDICE	182
13	ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	131			
14	FORMAÇÃO PARA O CUIDADO FARMACÊUTICO	139			

ANTECEDENTES

De acordo com a Portaria Conjunta SAS/SCTIE-MS nº 01, de 12 de março de 2012 (BRASIL, 2012b), o Conselho Federal de Farmácia (CFF) integra o Grupo de Trabalho instituído com a finalidade de propor diretrizes e estratégias para a qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco no serviço farmacêutico nas redes assistenciais prioritárias do Ministério da Saúde (MS). Durante o processo de trabalho do grupo, o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) solicitou aos membros do grupo a avaliação do documento intitulado *“Assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde no SUS”*.

A avaliação feita pelo CFF foi baseada na lógica de que, independente do ponto de atenção, os serviços clínicos não deveriam mudar sua denominação, de modo que os atos privativos do farmacêutico fossem preservados. Foram consideradas, ainda, as reflexões teóricas apresentadas na dissertação de Frade (2006), que correlacionava necessidades de saúde com serviços farmacêuticos, e o levantamento feito por Martins (2010). Esse trabalho inicial foi elaborado por Josélia Cintya Quintão Pena Frade e revisado por diversos farmacêuticos envolvidos no movimento clínico nacional, entre os quais: Angelita Cristine de Melo, Marta Maria de França Fonteles, Cassyano Januário Correr, Divaldo Pereira de Lyra Junior, Djenane Ramalho de Oliveira, Hessem Miranda Neiva, Marcelo Polacow Bisson, Maria Auxiliadora Parreiras Martins, Mário Borges Rosa, Nicole Emerita Martins, Orenzio Soler, Simone Alves do Vale, Tânia Azevedo Anacleto, Tarcisio José Palhano, Yone de Almeida Nascimento, bem como pela Comissão de Saúde Pública/CFF.

No mesmo ano – 2012 –, foi realizada pelo Conselho Federal de Farmácia a I Oficina sobre serviços farmacêuticos em farmácias comunitárias (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013h), estruturada sob a influência do documento produzido pelo CFF, descrito no parágrafo anterior. Outro documento que subsidiou a construção desse evento foi a publicação da OPAS/OMS intitulada: *“Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud”* (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

Uma das finalidades do evento foi refletir sobre quais serviços podem ser realizados em farmácias comunitárias para atender às necessidades de saúde da população.

Durante o processo de preparação do relatório da oficina, percebeu-se a necessidade de elaborar um documento que aprofundasse algumas reflexões que emergiram das discussões ocorridas sobre serviços farmacêuticos. Foi assim que surgiu a ideia de preparar um documento que abordasse os serviços e os procedimentos farmacêuticos, o que veio a se concretizar com a participação efetiva dos relatores e revisores envolvidos no processo de construção do relatório (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013h).

A estrutura e a versão iniciais deste documento foram definidas por uma comissão de elaboração, formada por: Ana Márcia Yunes Salles Gaudard, Angelita Cristine de Melo, Cassyano Januário Correr, Chiara Ermínia da Rocha, Dayani Galato, Divaldo Pereira de Lyra Junior, Djeneane Ramalho de Oliveira, Josélia Cintya Quintão Pena Frade, Maria Rita Carvalho Garbi Novaes, Mário Borges Rosa, Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners, Tarcisio José Palhano e Wellington Barros da Silva.

Tendo em vista a complexidade da elaboração do documento e a dificuldade de conciliar as agendas dos participantes, foram designadas, como organizadoras, Angelita Cristine de Melo e Josélia Cintya Quintão Pena Frade para elaborar a minuta inicial, a qual foi encaminhada e debatida com a comissão de elaboração e com outros especialistas, a saber: Claudia Serafin, Daniel Correia Júnior, Gonçalo Sousa Pinto, Jarbas Tomazoli Nunes, Marta Maria de França Fonteles, Mateus Rodrigues Alves, Rafael Mota Pinheiro, Sílvia Storpirtis, Simone de Araújo Medina Mendonça, Thaís Teles de Souza e membros do comitê executivo do Fórum Farmacêutico das Américas.

A proposta consolidada foi colocada em consulta pública, de dezembro de 2014 a março de 2015 (120 dias), e recebeu 353 contribuições, as

quais foram sistematizadas, discutidas e incorporadas ao documento que será apresentado a seguir. Participaram do processo de consolidação: Angelita Cristine de Melo, Cassyano Januário Correr, Daniel Correia Júnior, Dayani Galato, Dayde Lane Mendonça da Silva, Gabriel Rodrigues Martins de Freitas, Inajara Rotta, Josélia Cintya Quintão Pena Frade, Leonel Augusto Morais Almeida, Tarcisio José Palhano e Wellington Barros da Silva.

Os serviços e os procedimentos elencados neste documento podem ser executados para atender às **necessidades de saúde** do indivíduo, da família e da comunidade, relacionadas ao processo de uso de medicamentos, à promoção, proteção e recuperação da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças e de outras condições, independentemente da instituição ou do lugar de prática em que o farmacêutico esteja atuando.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROVISÃO
DOS SERVIÇOS DIRETAMENTE
RELACIONADOS AO PACIENTE,
À FAMÍLIA E À COMUNIDADE

1.1 Introdução

A provisão de serviços e produtos para o cuidado das pessoas constitui um problema de saúde coletiva. A dimensão da necessidade de acesso e utilização de recursos terapêuticos e propedêuticos é frequentemente superior à capacidade de financiamento e provisão dos sistemas de saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a, 2013f, 2013g). O fenômeno de transição demográfica relacionado ao envelhecimento populacional, o incremento da prevalência de condições crônicas e, por consequência, o aumento do uso contínuo de medicamentos, constituem os principais fatores associados à crise nos sistemas de saúde (SÁNCHEZ-SERRANO, 2014; SOUSA et al., 2012; MENDES, 2011, 2012).

A organização e a gestão do trabalho no campo da saúde são marcadas pela necessidade de cooperação entre os profissionais da equipe multiprofissional, a fim de propiciar ao paciente atendimento holístico das suas necessidades de vida, notadamente daquelas relativas à saúde. Neste contexto, é fundamental que os membros da equipe reconheçam o processo de trabalho dos seus pares, a fim de otimizar os resultados (NOGUEIRA, 1989).

Mudar a forma de promover o cuidado à saúde das pessoas e otimizar as contribuições potenciais de cada profissional desafiam a sustentabilidade desses sistemas (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a, 2013f, 2013g). Em direção oposta à necessidade do sistema de saúde, nota-se a existência de uma lacuna entre o benefício potencial dos medicamentos e o seu real valor terapêutico (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011). O farmacêutico, apesar de representar um profissional estratégico para o sistema de saúde, é, nesta conjuntura, e de forma geral, subutilizado (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a, 2013f, 2013g; UNITED KINGDOM, 2005). Os estabelecimentos farmacêuticos, pela capilaridade e distribuição geográfica, e o farmacêutico, pela sua

competência e disponibilidade, representam, muitas vezes, a primeira possibilidade de acesso das pessoas ao cuidado em saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a, 2013f, 2013g).

A atuação do farmacêutico no cuidado direto ao paciente, à família e à comunidade, a fim de reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos, promover a saúde e prevenir a doença e outras condições, é um desafio para o sistema de saúde brasileiro (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a, 2013f, 2013g). Vários países como Canadá, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Espanha, Portugal, Holanda, Suíça, Estados Unidos da América, entre outros, incentivaram a ampliação da atuação clínica do farmacêutico como estratégia para a obtenção dos melhores resultados com os tratamentos e outras tecnologias em saúde, e obtiveram efeitos positivos (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2008; UNITED KINGDOM, 2005, 2014; MARTÍNEZ et al., 2014; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011).

Patel e Zed (2002) estimaram que os problemas na farmacoterapia são responsáveis por cerca de 9% a 24% das internações hospitalares provenientes dos atendimentos de urgência. Eles afirmam ainda que cerca de 70% dos problemas na farmacoterapia seriam preveníveis com a atuação clínica do farmacêutico.

Utilizando-se dados do DATASUS, são estimadas as informações apresentadas a seguir. No Brasil, em 2013, houve 48 milhões de atendimentos de urgência, os quais resultaram em 11 milhões de internações financiadas pelo SUS (BRASIL, ©2008). Aplicando-se a esta quantidade de internações o percentual de Patel e Zed (2002), estima-se que ocorreram de 1,2 a 3,2 milhões de internações que podem estar relacionadas a problemas na farmacoterapia. Considerando-se ainda que o custo médio por internação, pago pelo SUS em 2013, foi de R\$ 1.135,26 (BRASIL, ©2008), infere-se que o impacto financeiro dessas internações foi de 1,3 a 3,6 bilhões de reais naquele ano. Este montante

gasto seria suficiente para cobrir o custo anual de uma a duas equipes de saúde da família para cada um dos mais de 5 mil municípios brasileiros¹.

Observa-se, no Brasil, um considerável crescimento nos últimos anos em relação à implantação de serviços clínicos, sejam em nível hospitalar, ambulatorial ou na atenção primária, públicos ou privados. Cabe destacar os serviços diferenciados prestados por farmacêuticos em diversos hospitais, tais como o Albert Einstein, os das Clínicas de Curitiba, Porto Alegre, Aracaju e de Belo Horizonte, e os hospitais Rizoleta Neves e Santa Casa de Misericórdia, também em Belo Horizonte.

A definição e o financiamento do “eixo cuidado” no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS), em 2012, indica a percepção do Ministério da Saúde (MS) sobre o potencial do farmacêutico para a melhoria do cenário em apreço (BRASIL, 2012a).

Um exemplo de investimento neste eixo é o projeto em andamento na Prefeitura de Curitiba, com foco na atuação clínica dos farmacêuticos, que está sendo supervisionado pela UFPR. Esse projeto foi iniciado em 2013, pelo MS, pelo qual se implantaram serviços clínicos nas Unidades Básicas de Saúde de Curitiba. No período de abril a novembro de 2014, foram realizadas 2710 consultas farmacêuticas, nesse município (BRASIL, 2015).

¹ Estas estimativas foram feitas pelos consultores *ad hoc* do CFF para a área clínica Angelita C. Melo e Cassiano J. Correr, em reunião de trabalho para a preparação da apresentação sobre as Atribuições Clínicas do Farmacêutico ao Plenário do Conselho Federal de Medicina, em 29/05/2014.

Análises referentes aos três primeiros meses evidenciaram que cada um dos 566 pacientes atendidos utilizou em média sete medicamentos, e apresentou seis ou mais condições crônicas de saúde. Observou-se que uma minoria desses pacientes tinha sua afecção bem controlada, com exames dentro das metas terapêuticas (24% para hipertensão arterial, 24% para dislipidemia, 16% para diabetes tipo 2 e 34% para hipotireoidismo). Diversos problemas relacionados à farmacoterapia foram identificados: cerca de 5,6 problemas/pessoa. Além disso, 82% dos usuários mostraram sérios problemas na utilização de medicamentos ou baixa adesão ao tratamento (BRASIL, 2015).

Com a inserção do farmacêutico em consultórios nessas unidades de saúde, trabalhando de forma integrada à equipe, observou-se melhora em vários parâmetros. Após acompanhamento pelo farmacêutico, mais de 60% dos pacientes obtiveram melhora na adesão ao tratamento, 62% fizeram novos exames relacionados a doenças que estavam sem assistência adequada, e 37% tiveram mudanças feitas em sua terapia graças à intervenção do farmacêutico. Observou-se, ainda, que 44% dos pacientes fizeram novas consultas médicas no período, por meio de encaminhamentos feitos pelo farmacêutico. Isso demonstra que, distante de querer substituir a consulta médica, o farmacêutico atua em suas consultas buscando a melhoria do processo de uso de medicamentos e do cuidado em saúde de forma geral, mantendo o paciente mais bem assistido por toda a equipe de saúde (BRASIL, 2015). Vídeo sobre este projeto está disponível no link <<https://www.youtube.com/watch?v=NTIkKNDno8w>>.

Desde 2008, foi implantado pela Superintendência de Assistência Farmacêutica, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), o Programa Farmácia de Minas, para qualificar a assistência farmacêutica no estado. Em 2016, o programa foi reestruturado e passou a ser denominado “Farmácia de Todos”. O programa tem como objetivo a promoção do uso racional dos medicamentos e o atendimento humanizado aos usuários, com dispensação gratuita de medicamen-

tos em farmácias públicas, e realizada por profissionais qualificados (MINAS GERAIS, 2010). Contempla ainda o “CUIDADO FARMACÊUTICO” por meio da realização do acompanhamento farmacoterapêutico e da farmacovigilância, que objetivam qualificar o uso de medicamentos e possibilitar a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, no contexto das redes de atenção à saúde.

No campo da saúde suplementar, cabe ainda ilustrar a experiência da Unimed/BH, que em agosto de 2014, implantou o serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (acompanhamento farmacoterapêutico), em três unidades da rede de serviços ambulatoriais próprios. Os encaminhamentos são feitos por médicos, outros membros da equipe multiprofissional ou por busca ativa. Desde a implantação, até março de 2016, foram realizadas mais de 2000 consultas farmacêuticas e atendidos 848 pacientes, sendo a maioria constituída por idosos (75%). A análise dos dados de 542 pacientes indicou que os mesmos apresentavam em torno de cinco condições crônicas de saúde e utilizavam em média seis medicamentos por dia, variando de quatro a 23. Foram identificados, ainda, 2565 problemas relacionados a medicamentos (PRMs), com média de 4,7 PRMs por paciente. Resolveram-se 65% dos PRMs por meio de intervenções feitas em parceria com os médicos (859) ou realizadas diretamente com os pacientes (722). A categoria de PRMs mais encontrada foi a de necessidade (34,8%), seguida por efetividade (29,6%), segurança (20,1%) e adesão (15,5%). O projeto foi premiado por dois anos consecutivos no Encontro de Boas Práticas da Unimed-BH (edições 2015 e 2016) e selecionado para apresentação no 3º Congresso Nacional Unimed de Atenção Integral à Saúde em 2016.

Existem desafios para ampliar a participação do farmacêutico no sistema de saúde, bem como para harmonizar termos, conceitos e processos de trabalho relacionados à atuação clínica desse profissional (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013h; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002). Evidenciou-se grande divergência

na nomenclatura dos termos utilizados para denominar os serviços farmacêuticos durante a I Oficina sobre Serviços Farmacêuticos em Farmácias Comunitárias, promovida pelo CFF, em 2012 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013h). A falta de harmonização dos termos também é identificada na regulação sanitária e profissional, e em diversas publicações de instituições oficiais, conforme apresentado no Apêndice 1 deste documento.

Por exemplo, o termo “**Atenção Farmacêutica**” (*pharmaceutical care*) foi introduzido no Brasil com diferentes significados: utilizado para designar **vários serviços** clínicos, como para referir-se a um **único serviço** – o acompanhamento farmacoterapêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014a). Há, também, quem o utilize para expressar um novo **modelo de prática** profissional ou uma **nova filosofia** de prática (MARACLE; OLIVEIRA; BRUMMEL, 2012; AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY, 2008).

Segundo Zubioli (2007 p. 11), “os espanhóis traduzem o termo *pharmaceutical care* por *atención farmacêutica*”, que equivaleria a **atenção farmacêutica**, mas sem igual significado em português. Por esta razão, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Nacional das Farmácias de Portugal empregam a terminologia **cuidado farmacêutico** (ZUBIOLI, 2007).

Ao investigar a origem latina dessa expressão inglesa, verifica-se que a tradução para palavras como **atenção e cuidado** tem significados diferentes. **Atenção** – do latim *attentione* – tem o sentido de concentração e reflexão da mente em alguma coisa; daí que o verbo atender – do latim *attendere* –, quando usado como verbo transitivo direto, tem o significado de prestar serviços, aviar, entre outros, originando o substantivo atendente – do latim *attendente* –, pessoa que, nos hospitais e consultórios, desempenha a função de auxiliar de enfermagem. Cuidar – do latim *cogitare* –, quando empregado como verbo transitivo indireto, exprime o sentido de ter cuidado

consigo mesmo, com a sua saúde, a sua aparência ou apresentação, gerando o substantivo cuidador – de cuidar + dor – com o significado lexical de aquele que cuida. Assim, o aspecto relevante de toda ação de saúde tem o foco principal bem definido: cuidar do paciente (ZUBIOLI, 2007). Além disso, o termo **cuidado** – do latim *cogitatu* – traz similaridade com outras profissões da saúde (cuidados de enfermagem, cuidado fisioterápico, cuidado nutricional, entre outros) (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Outra dificuldade percebida está relacionada ao uso dos termos **assistência e atenção** na área farmacêutica. No âmbito da saúde, o termo **atenção** é considerado abrangente, incluindo a assistência individual sem, contudo, esgotar-se nela. Já o termo **assistência** refere-se ao conjunto de procedimentos dirigidos de forma individual aos usuários dos serviços de saúde. Na área farmacêutica, estes termos assumem significados opostos em algumas publicações, uma vez que a assistência farmacêutica é o termo considerado mais amplo, no qual está contido o termo atenção, que corresponde a atividades do farmacêutico dirigidas ao usuário de medicamentos em caráter individual (FUNCHAL-WITZEL, 2009).

Por sua vez, a Lei nº 13021/14 conceituou assistência farmacêutica como o conjunto de ações e de serviços que visa a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 2014a).

Pelo exposto, os aspectos referentes à terminologia não podem ser negligenciados, pois podem comprometer a qualidade da comunicação em saúde entre profissionais farmacêuticos e não farmacêuticos (FUNCHAL-WITZEL, 2009). Neste documento, optou-se pela utilização do termo **cuidado farmacêutico** como modelo de prática que fundamentará os serviços nele apresentados.

NECESSIDADES DE SAÚDE DO PACIENTE,
DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE

Vários autores indicam que uma profissão ou atividade só se justifica se atender a uma necessidade social (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014a; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS, 2009; HEPLER, 2004; HEPLER; STRAND, 1990). Todo profissional é um “resolvedor” de problemas complexos, que exigem avaliação, interpretação e definição, baseadas em conhecimentos científicos e na capacidade de interpretar a realidade (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014a).

A Farmácia é uma profissão milenar, com um sólido respaldo histórico no país (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014a). Os que exercem essa profissão têm a missão de contribuir para a melhoria da saúde e ajudar os pacientes a fazer o melhor uso dos seus medicamentos. Neste sentido, compete ao farmacêutico, em relação ao cuidado à saúde (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011):

- estar disponível para os pacientes, com ou sem hora marcada;
- fazer o rastreamento em saúde;
- desenvolver ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças;
- contribuir para a efetividade dos medicamentos;
- prevenir o dano associado ao uso de medicamentos;
- fazer uso responsável dos limitados recursos de saúde;
- promover a segurança do paciente.

A perspectiva apresentada neste documento, como pressuposto para a prática clínica do farmacêutico, concebe a saúde de forma ampliada, ou seja, um processo dialético, sistêmico e complexo, que absorve as contribuições de diferentes vertentes teóricas e que não descarta, porém busca superar a explicação do processo saúde-doença, segundo o modelo biomédico e da história natural da doença (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002). Incorpora a concepção de determinação social

da doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), da clínica ampliada (CAMPOS; AMARAL, 2007) e do cuidado centrado na pessoa (STEWART et al., 2010). Valoriza o papel do farmacêutico na prevenção de doenças e proteção à saúde, independente do uso de medicamentos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2004).

Incorpora, também, o conceito de necessidades de saúde, conforme discutido por Gofin e Gofin (2007), Cordeiro (1997) e Cecílio (2001). Um esboço de taxonomia das necessidades de saúde foi proposto por Cecílio (2001), agrupando-as nos seguintes grupos:

- boas condições de vida;
- acesso e utilização de tecnologias de atenção à saúde;
- vínculos entre usuário, profissional e equipe de saúde, e;
- desenvolvimento da autonomia do paciente.

Para os propósitos desta concepção, entende-se que reorganizar os processos de cuidado com base no atendimento às necessidades de saúde da população aponta para uma visão de promoção da saúde e bem-estar social (HINO et al., 2009). Ressalte-se que apesar das variações teóricas sobre o tema, fundamentalmente na ênfase entre a dimensão individual ou coletiva que venha a adquirir, o conceito de **necessidades de saúde** pode ser utilizado para orientar o processo de cuidado e articular outros conceitos como, por exemplo, problemas de saúde, problemas relacionados a medicamentos e necessidades relacionadas à farmacoterapia, redes de atenção, linhas de cuidado¹, numa tentativa de diminuir reducionismos que desconsiderem a inter-relação das dimensões individual e coletiva do cuidado.

¹ Ressalte-se que tais constructos encontram-se ainda em construção teórica e não correspondem a consensos ou unidades conceituais.

Por outro lado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) entende que as necessidades de saúde da população compreendem um amplo espectro que vai desde os cuidados para manter-se saudável, a resolução efetiva dos problemas de saúde pontuais, o manejo das condições crônicas mais complexas que requerem cuidados de longo prazo e, por vezes, cuidados paliativos no caso de impossibilidade de cura (OLIVEIRA et al., 2016).

Por fim, Cecílio (2001) refere ainda que a produção e a gestão do cuidado acontecem nas seguintes dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO apud GARIGLIO, 2012).

CONSULTA, CONSULTA FARMACÊUTICA,
SERVIÇOS, SERVIÇOS DE SAÚDE
E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

3.1 Consulta e consulta farmacêutica

O uso do termo **consulta** é diverso conforme a fonte, sendo empregado tanto para a descrição de um **episódio de contato** entre o paciente (consulente) e o profissional (consultor) como para um **tipo de serviço prestado**. Contudo, prevalece a interpretação de **consulta** como um episódio de contato com algum objetivo específico, interpretação utilizada neste documento. O dicionário Michaelis (©2014) define consulta como “1. Ação de consultar; pedido de opinião ou conselho. (...) 6. Atendimento que médico, advogado ou técnico dá a clientes que os consultam. (...)”. No campo da saúde, o MeSH (*Medical Subject Headings*) indexou, em 1968, os termos “**consulta e agendamento**,” como “diferentes métodos de programar as visitas do paciente (...)”, marcando claramente que se trata de um contato entre pessoas (US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2016).

O termo consulta também pode ser adjetivado conforme o lugar em que ocorre. O dicionário de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) apresenta o termo **consulta domiciliar** como “visita feita por profissionais a um paciente no domicílio deste, com o propósito de fazer um diagnóstico ou tratamento” (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2015).

No mesmo sentido, **consulta farmacêutica** pode ser entendida como um episódio de contato entre o farmacêutico e o paciente, com a finalidade de obter os melhores resultados com a farmacoterapia, promover o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. Objetiva, ainda, a promoção, proteção e recuperação da saúde, a prevenção de doenças e de outras condições, por meio da execução de serviços e de procedimentos farmacêuticos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f). Portanto, **a consulta farmacêutica não é um serviço**. Trata-se de um encontro entre o farmacêutico e o paciente, no qual podem ser providos diferentes serviços ou procedimentos, conforme a complexidade do caso, a necessidade do pa-

ciente, e as características do serviço de saúde ao qual o profissional está vinculado.

3.2 Serviço, serviço de saúde e serviços farmacêuticos

Existem diferentes definições para o termo **serviço**, conforme a sua natureza e classificação por grupo de atividade. Michaelis (2014) define serviço como “ato ou efeito de servir. (...); ato ou ação útil aos interesses de alguém; bons ofícios (...)”. De acordo com a Lei nº 8078, de 1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor, serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista (BRASIL, 1990).

Neste sentido, os **serviços** constituem um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f), razão pela qual optou-se por esta definição no presente documento (Figura 1).

Serviços de saúde são aqueles que lidam com a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças e de outras condições, bem como com a promoção, manutenção e recuperação da saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f). Assim, os serviços farmacêuticos constituem parte dos serviços de saúde.

Serviços farmacêuticos compreendem um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, que visa a contribuir para prevenção de doenças, promoção, a proteção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Neste documento, são enfatizados os **serviços farmacêuticos** relacionados à Farmácia Clínica, **diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**, fundamentado pelo modelo de prática denominado cuidado farmacêutico (Figura 1).

Esses serviços podem ser realizados em diferentes lugares de prática, incluindo farmácia comunitária, leito hospitalar, farmácia hospitalar, serviços de urgência e emergência, serviços de atenção primária à saúde, ambulatório, domicílio do paciente, instituições de longa permanência, entre outros, segundo regulamentação específica.

FIGURA 1

Relação entre os constructos serviço, serviços de saúde e serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade.



Fonte: autoria própria.

FARMÁCIA CLÍNICA, CUIDADO
FARMACÊUTICO E SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS DIRETAMENTE
DESTINADOS AO PACIENTE, À FAMÍLIA
E À COMUNIDADE

O termo **Farmácia Clínica** tem sido empregado com diferentes significados, como pode ser verificado no Apêndice 1. Neste documento, está definido como:

área da Farmácia, voltada à ciência e à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f, anexo). (Figura 2).

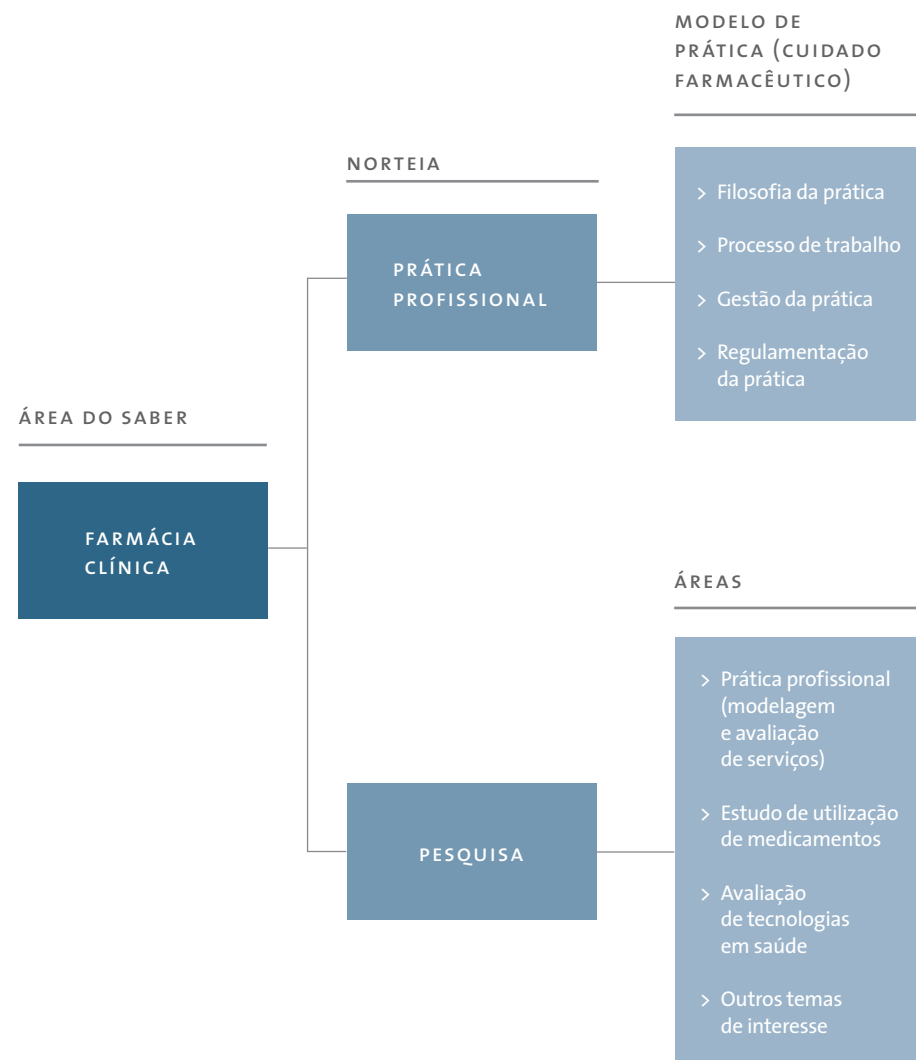
Como **ciência**, tem contribuído para o acúmulo de conhecimentos sobre a atuação clínica do farmacêutico e o aprimoramento de práticas profissionais. Na pesquisa, são desenvolvidos estudos de avaliação de tecnologias em saúde (revisões sistemáticas com meta-análises, estudos farmacoeconômicos) e de serviços de saúde (ensaios clínicos), além de estudos de utilização de medicamentos (observacionais), entre outros (Figura 2).

A Farmácia Clínica também orienta a **prática profissional** por meio de modelos de prática. Neste documento, o **cuidado farmacêutico** é o modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.

Na área da saúde, toda prática profissional se estrutura a partir de quatro componentes: uma filosofia ou princípios da prática, o processo de cuidado, a gestão da prática e a regulamentação (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2004), (Figura 2).

FIGURA 2

Relação entre os constructos da área do saber Farmácia Clínica.



A **filosofia** do cuidado farmacêutico alicerça a provisão dos serviços e define que a responsabilidade do farmacêutico é atender, dentro do seu limite profissional, a todas as necessidades de saúde do paciente, incluindo as farmacoterapêuticas (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1993). A responsabilidade essencial do farmacêutico é garantir que toda a terapia medicamentosa do paciente seja apropriadamente indicada para tratar seus problemas de saúde, que os medicamentos utilizados sejam os mais efetivos e seguros, e que o paciente esteja disposto e seja capaz de utilizá-los adequadamente (CIPOLE; STRAND; MORLEY, 2012).

O **processo de cuidado** baseia-se, em sua essência, no método científico, que oferece os fundamentos para várias abordagens de resolução de problemas. Na área de gestão, por exemplo, esta abordagem deu origem ao ciclo planejar-fazer-verificar-agir (sigla em inglês PDCA) (WORTH et al., 2013). Na área da saúde, inspirou os trabalhos do médico Laurence Weed na década de 1960, que aprimorou o método clínico que define a ação médica em quatro fases: a coleta de dados, a identificação de problemas, a definição de um plano de cuidado e o acompanhamento do paciente para avaliação dos resultados (WEED, 1968). Na área da Farmácia, os trabalhos de Weed serviram de base ao desenvolvimento do processo PWDT (*The Pharmacist's WorkUp of Drug Therapy*), nos anos de 1980 (STRAND; CIPOLLE; MORLEY, 1988; HEPLER; STRAND, 1990), e, posteriormente, a diversas escolas dedicadas ao ensino e à pesquisa das práticas clínicas do farmacêutico ao redor do mundo.

O **processo de cuidado** proposto neste documento, consiste em uma abordagem lógica e sistemática aplicável a diferentes cenários, níveis de atenção e perfis de pacientes, bem como a todos os serviços clínicos cujo modelo de prática é o cuidado farmacêutico, (Figura 3). Envolve atividades como:

- 1. o acolhimento ou a identificação da demanda, que pode advir do encaminhamento do paciente, da busca ativa, da demanda espontânea, entre outros (BRASIL, 2013d);
- 2. a identificação das necessidades de saúde, o que exigirá a coleta de dados do paciente e a identificação de problemas, por meio da realização da anamnese farmacêutica e da verificação de parâmetros clínicos, quando necessário. A anamnese farmacêutica pode ser compreendida como:

procedimento de coleta de dados sobre o paciente, realizado pelo farmacêutico, por meio de entrevista, com a finalidade de conhecer sua história de saúde, elaborar o perfil farmacoterapêutico e identificar suas necessidades relacionadas à saúde. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f p. 7);

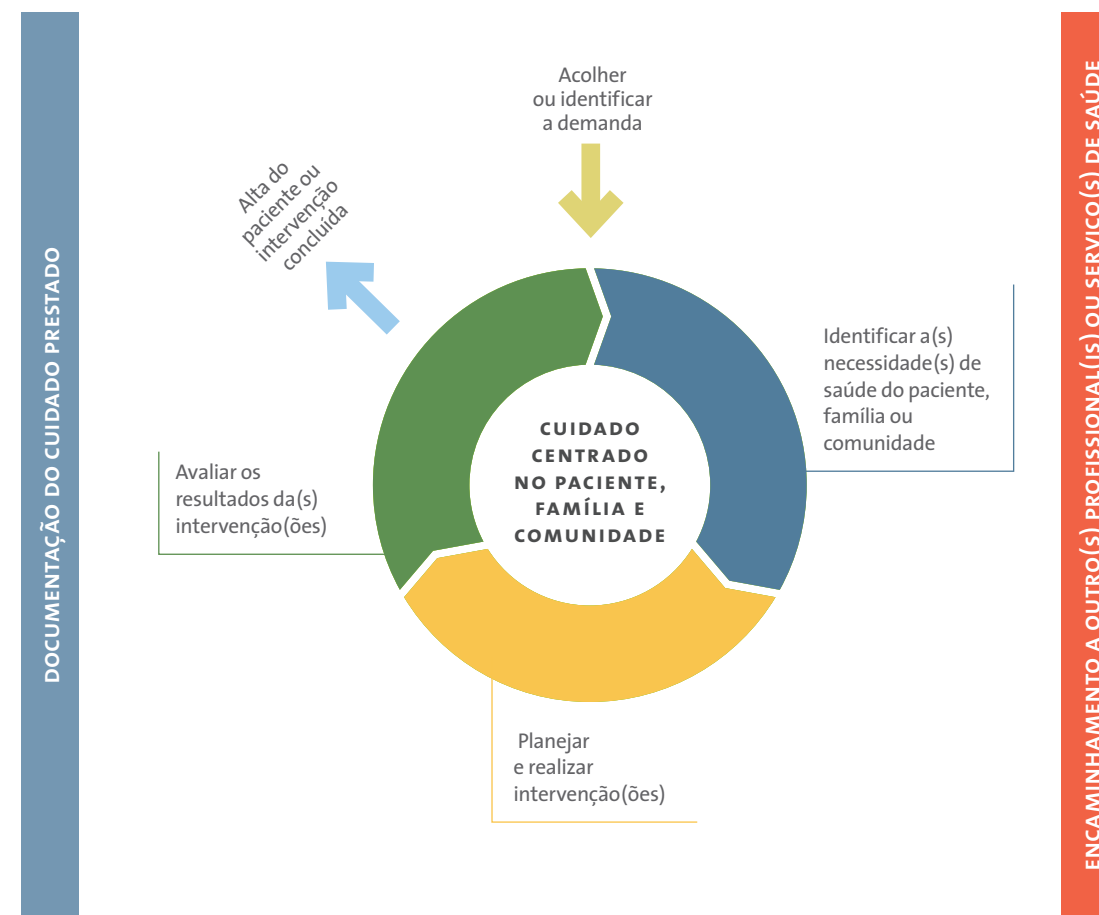
- 3. o delineamento e a implantação de um plano de cuidado compartilhado com o paciente, que inclui as intervenções e condutas necessárias à resolução dos problemas;
- 4. a avaliação dos resultados alcançados e a evolução do paciente, o que exigirá a organização de consulta de retorno ou contato com o paciente, após a implantação do plano de cuidado.

A **gestão da prática**, por outro lado, garante que o farmacêutico possua todos os recursos humanos, de formação, de financiamento, de infraestrutura, ou de outros necessários à implementação, provisão e sustentabilidade de serviços de alta qualidade (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA, 2011a; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA; PERINI, 2006).

Por fim, a prática deve estar **regulamentada** de modo a dar legitimidade aos profissionais e segurança aos pacientes, aos estabelecimentos

FIGURA 3

Processo de cuidado farmacêutico.



e aos empregadores na oferta dos serviços à população, bem como subsidiar as fiscalizações profissionais e sanitárias.

O cuidado prestado pelo farmacêutico se materializa para o paciente e para a sociedade na provisão de **serviços farmacêuticos**, como pode ser observado na Figura 4. Os serviços, como conciliação de medicamentos, monitorização terapêutica de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da condição de saúde, entre outros, se caracterizam pela *expertise* desse profissional em identificar, prevenir e resolver problemas relacionados à farmacoterapia (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013b, 2013f; UNITED KINGDOM, 2005). Contudo, o farmacêutico ainda pode prover outros serviços, como a educação e o rastreamento em saúde (BRASIL, 2010c, 2014c; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1993), bem como vários procedimentos (verificação/monitorização de parâmetros clínicos, realização de pequenos curativos, organização dos medicamentos em uso pelo paciente, entre outros) (BRASIL, 2014b; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009b, 2013c, 2013f; BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGIÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

Na literatura internacional, diferentes expressões têm sido utilizadas para designar o conjunto de serviços, entre as quais *medication therapy management services*, *clinical pharmacy services*, *medicines use services*, *pharmacist care services*, *pharmaceutical care services*, *cognitive pharmaceutical services*, *professional pharmacist services* e *professional pharmacy services* (BENRIMOJ et al., 2010; MOULLIN et al., 2013; VAN MIL; FERNANDEZ-LLIMÓS, 2013; BLUML, 2007; INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; WIEDENMAYER et al., 2006).

Ao analisar o trabalho do farmacêutico na atenção à saúde, identifica-se sua atuação tanto nas **atividades-meio** ou nos **sistemas de apoio** quanto nas **atividades-fim** ou de **cuidado direto** ao paciente, à família

e à comunidade (SÁNCHEZ-SERRANO, 2014; BRASIL, 2014f; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; MENDES, 2011, 2012). As primeiras se relacionam à produção de medicamentos e de outros produtos para a saúde, bem como à sua gestão logística, visando ao acesso do paciente a recursos terapêuticos e propedêuticos. O apoio diagnóstico propiciado pelas análises clínicas também é considerado como atividade-meio (MENDES, 2011). A **atividade-fim** de qualquer instituição ou empresa é “aquela que caracteriza o objetivo principal da empresa/instituição, a sua destinação e o seu empreendimento, normalmente expresso no contrato social”. No caso dos sistemas de saúde, as atividades-fim referem-se àquelas relativas à assistência direta ao paciente, à família e à comunidade (BRASIL, 2014d, 2014e, 2014f; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; MENDES, 2011; UNITED KINGDOM, 2005), Figura 4.

No rol de possibilidades de serviços que o farmacêutico pode prover aos pacientes, à família e à comunidade, encontram-se também as práticas em estética, bem como as Integrativas e complementares em saúde, que são reconhecidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC (BRASIL, 2006a, 2006b). Práticas como acupuntura, antroposofia, fitoterapia e homeopatia adotam filosofias e modelos de prática particulares, em certa medida distintas dos serviços discutidos no presente texto.

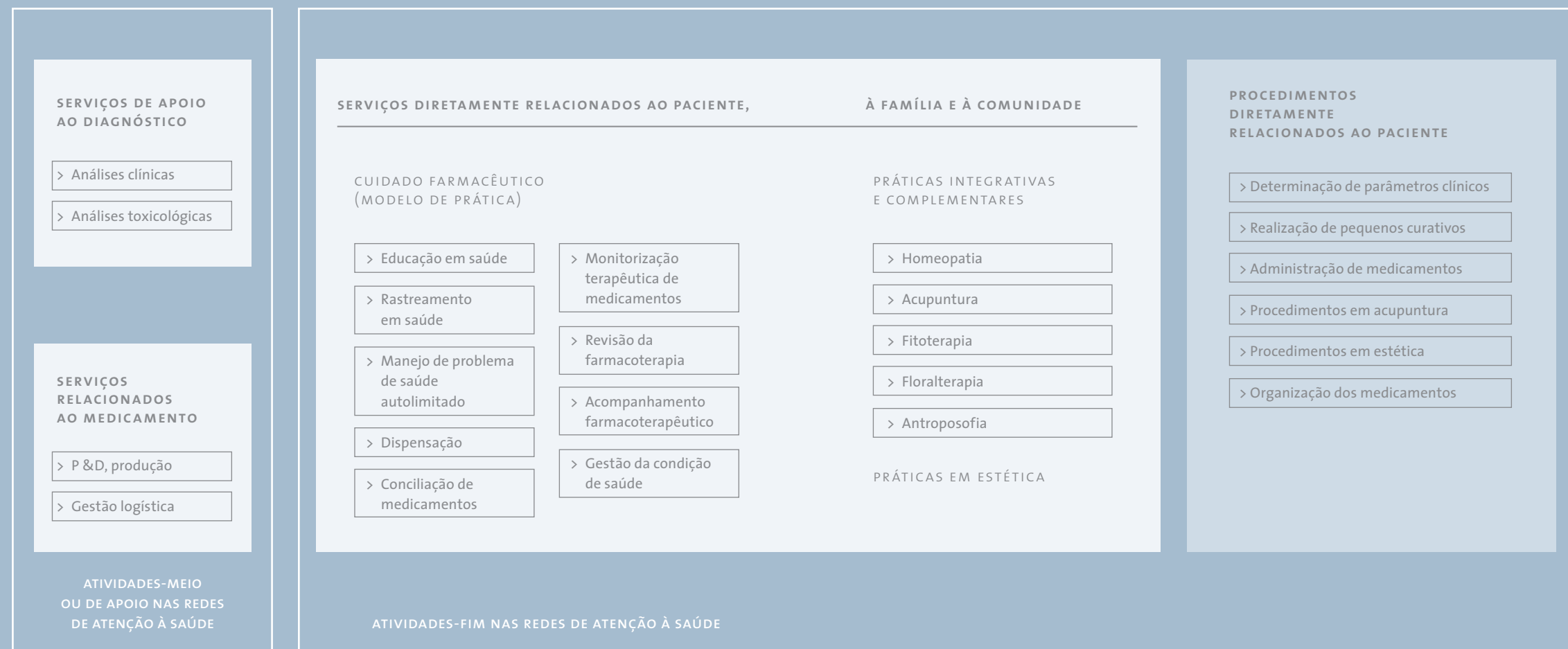
FIGURA 4

Modelo lógico-conceitual dos serviços farmacêuticos

NECESSIDADES DE SAÚDE DO PACIENTE, FAMÍLIA E COMUNIDADE

SERVIÇOS DE SAÚDE

GRUPOS DE SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS FARMACÊUTICOS



PREMISSAS PARA
O DESENVOLVIMENTO
DOS SERVIÇOS

Os farmacêuticos que assumem o cuidado como seu modelo de prática profissional têm a responsabilidade de atuar de forma a atender a todas as necessidades de saúde do paciente, seja na prevenção de doenças, promoção ou recuperação da saúde, incluindo as suas necessidades farmacoterapêuticas, dentro de seu âmbito profissional (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2011; FREITAS; RAMALHO DE OLIVEIRA; PERINI, 2006; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1993). Constituem valores dos profissionais que proveem serviços farmacêuticos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013h):

- ser ético;
- trabalhar com excelência e profissionalismo;
- fazer atendimento humanizado;
- contribuir para o desenvolvimento da autonomia do paciente;
- desenvolver vínculo terapêutico com o paciente;
- desempenhar seus serviços com respeito ao meio ambiente, paciente, família, comunidade e outros profissionais da saúde;
- agir com responsabilidade;
- atuar considerando os preceitos de beneficência e de não maleficência;
- buscar equidade do cuidado à saúde;
- atuar com cidadania.

Adicionalmente, os princípios, listados a seguir, são considerados fundamentais para orientar a prestação dos serviços, e incluem (adaptado de ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1993):

- prestar cuidado centrado no paciente;
- entender a atenção primária à saúde como direcionadora da organização do sistema de saúde;
- perceber o significado de atenção à saúde numa perspectiva ampla de saúde coletiva, assim como das implicações das suas decisões;

- promover o uso racional de medicamentos e outras tecnologias;
- colaborar com os envolvidos no processo de cuidado (familiares, outros profissionais e comunidade);
- tomar decisões baseadas em conhecimentos e informações baseadas nas melhores provas (evidências);
- utilizar a tecnologia da informação e a comunicação disponíveis;
- documentar todo o processo de trabalho;
- administrar o serviço (planejamento, monitoramento e avaliação).

Os processos de trabalho relacionados à execução de serviços e procedimentos farmacêuticos devem estar alinhados com as Boas Práticas Farmacêuticas (BPF), compreendidas como o conjunto de técnicas e ações que visam a assegurar a manutenção da qualidade e segurança dos produtos, serviços e procedimentos farmacêuticos, a fim de contribuir para a assistência terapêutica integral, o uso racional dos medicamentos, a prevenção de doenças, a promoção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

TIPOS DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS
E SEUS CONCEITOS

Os serviços prestados pelo farmacêutico para atender às **necessidades de saúde** do paciente, da família e da comunidade, incluídos neste documento, são: rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, dispensação, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico.

Os serviços devem ser ofertados de acordo com as necessidades de saúde do paciente, como demonstrado na Figura 5. Destaque-se que o paciente pode apresentar necessidades de saúde que serão atendidas pela oferta de um ou mais serviços, concomitantemente.

FIGURA 5

Necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade, e os serviços farmacêuticos correspondentes.



Outros determinantes que vão além das necessidades de saúde, como a complexidade do paciente, a estrutura disponível para a prestação do serviço, a competência clínica do farmacêutico, o financiamento, a regulamentação, entre outros, influenciam a seleção e a provisão do serviço para o paciente.

Evitou-se a tipificação altamente estratificada dos serviços e a utilização de termos adjetivados. Para cada tipo de serviço, são apresentados termos relacionados encontrados na literatura. Alguns desses termos consistem em sinônimos no idioma português ou representam variantes da prática do serviço. São apresentados também, para cada serviço, termos correspondentes nos idiomas inglês e espanhol.

6.1 Rastreamento em saúde

O subdiagnóstico de diversas doenças, especialmente, as crônicas não transmissíveis, é ainda considerado alto (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a, 2013f, BRASIL, 2010c, 2013b, 2013c; LIMA; RODRIGUES, 2006; PEELING; YE, 2004; RUZANY; SZWARCOWALD, 2000). Neste contexto, a detecção e o tratamento precoces de doenças em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, constituem estratégias importantes para a redução da morbimortalidade. Portanto, o rastreamento em saúde objetiva a identificação de indivíduos com doenças que ainda não foram diagnosticadas.

O rastreamento em saúde pode ser feito por diferentes profissionais, com a finalidade de prescrever medidas preventivas ou encaminhar os casos suspeitos a outro profissional ou serviço de saúde para elucidação diagnóstica e tratamento. Destaque-se que o rastreamento não é uma prova diagnóstica definitiva (BRASIL, 2010c).

Alguns testes são utilizados durante a provisão deste serviço, como por exemplo: verificação da pressão arterial; medidas da glicemia,

do colesterol e dos triglicerídeos capilares; análises antropométricas, além de instrumentos de entrevista validados como, por exemplo, o Escore de risco de diabetes tipo 2 do inglês *Finland Diabetes Risk* (FINDRISC), Miniexame do estado mental, Escore para triagem de depressão do inglês *The Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), entre outros. O serviço de rastreamento em saúde não consiste apenas na realização destes procedimentos, mas também na avaliação dos seus resultados e decisão clínica da melhor conduta para o paciente.

O ideal é que os procedimentos utilizados no rastreamento sejam de baixo custo, boa acurácia e reprodutibilidade, fácil aplicação e o menos invasivos possível, para maior aceitabilidade do paciente (VALLS; FERNANDEZ-LLIMÓS, 2005; FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

Para que a doença ou uma condição de saúde possa ser rastreada, devem-se considerar os seguintes princípios: o problema de saúde deve ter ocorrência e gravidade relevantes na população; suas formas pré-clínicas devem ser detectáveis e prevalentes; sua detecção precoce pode evitar consequências mais graves e, uma vez detectadas, deve-se dispor de tratamento (VALLS; FERNANDEZ-LLIMÓS, 2005; FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

O aumento da oferta deste serviço no sistema de saúde poderá contribuir para minimizar o subdiagnóstico médico, assim como as inúmeras oportunidades de prevenção perdidas (PEELING; YE, 2004; RUZANY; SZWARCOWALD, 2000). Neste sentido, os farmacêuticos ocupam lugar estratégico no sistema de saúde e podem contribuir para a provisão deste serviço, rotineiramente, em diferentes cenários, especialmente nas farmácias comunitárias, devido à sua grande capilaridade (VALLS; FERNANDEZ-LLIMÓS, 2005). Esses profissionais têm acesso diário a um grande número de pessoas assintomáticas sob risco, o que demonstra a importância da prestação desse serviço.

Conceito: serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f; BRASIL, 2010c).

Termos relacionados: triagem, *screening*, *rastreo*, *tamizaje*, *cribado*.

O termo rastreamento em saúde não pode ser confundido com rastreabilidade ou rastreamento de medicamentos (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013c).

6.2 Educação em saúde

A prática educativa visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos pelas decisões diárias que envolvem o seu cuidado com a saúde (empoderamento). Não pode ser entendida como imposição de um saber técnico-científico transmitido de forma vertical pelo profissional da saúde. Nesta perspectiva, educar em saúde não é somente transmitir informações, mas envolve também a transformação de saberes e práticas existentes. A educação em saúde está relacionada ao desenvolvimento de responsabilidade nas pessoas por sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertence, além de possibilitar a participação ativa na vida comunitária (FRADE, 2006).

A concepção de educação em saúde empregada neste documento é a de um campo multifacetado que inclui teoria, pesquisa e prática. Neste contexto, o conceito proposto se limita ao campo da prática, na qual os serviços ou ações estratégicas estão centrados na educação do paciente, da família e da comunidade, e envolve um “fazer com” e não um “fazer para” (SCHALL, 1999).

Ao considerar o processo histórico de construção do saber nesta área, optou-se por não utilizar os termos educação higiênica, educação sanitária, orientação sanitária e educação para a saúde. A nova terminologia, educação em saúde, encerra uma visão de ação compartilhada e participativa, e é adotada por todas as demais profissões da área da saúde (FRADE, 2006).

A Lei nº 13021/2014, ao definir a farmácia como uma unidade de prestação de serviço destinada a prover orientação sanitária individual e coletiva, reitera a importância da realização deste serviço por farmacêuticos (BRASIL, 2014a). Entre os aspectos a serem trabalhados pelo farmacêutico durante a educação em saúde, cabe destacar: mudanças de hábitos e estilo de vida (por exemplo, cessação do tabagismo); adesão ao tratamento; uso e descarte correto de medicamentos; objetivo do tratamento; informações sobre doenças, fatores de risco e condições de saúde. Para tal, diferentes estratégias educativas podem ser utilizadas, a saber:

- tabelas que orientem quanto ao horário adequado para a administração de medicamentos (calendário posológico);
- dispositivos organizadores de medicamentos que auxiliam na adesão;
- etiquetas ou rótulos com informações escritas e visuais (pictogramas);
- lista de todos os medicamentos utilizados pelo paciente;
- demonstração da técnica de uso de dispositivos para administração de medicamentos (por exemplo, dispositivos inalatórios, canetas aplicadoras de insulina);
- demonstração da técnica de uso de aparelhos para monitoramento de parâmetros da saúde (por exemplo, glicosímetro);
- plano de ação do paciente;
- informe terapêutico, carta de alta ou parecer para outro profissional da saúde;
- diários de saúde do paciente, para o registro de dados de auto-monitoramento, sinais/sintomas, alimentação, administração de medicamentos;

- folderes, panfletos ou cartazes;
- vídeos;
- outros.

Conceito: serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos. Tem como objetivo a autonomia dos pacientes e o comprometimento de todos (pacientes, profissionais, gestores e cuidadores) com a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, e melhoria da qualidade de vida. Envolve, ainda, ações de mobilização da comunidade com o compromisso pela cidadania.

Termos relacionados: educação higiênica, educação sanitária, orientação sanitária, educação para a saúde, *health education; hygiene education; sanitary education; educación para la salud e educación en salud, campaña sanitária, educación sanitária.*

Especificamente na área da Farmácia, quando o farmacêutico educa com o foco na farmacoterapia, identificam-se outros termos relacionados, como por exemplo, aconselhamento de alta, aconselhamento ao paciente, orientação farmacêutica, orientação terapêutica, *patient counseling, medication counseling, patient advise.*

6.3 Dispensação

A dispensação é um ato privativo do farmacêutico, que tem por finalidade propiciar o acesso ao medicamento e o uso adequado. Adicionalmente, o farmacêutico deve avaliar a prescrição, sob o ponto de vista técnico e legal, e intervir junto ao prescritor quando necessário (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2001, 2008a; BRASIL, 1981, 1998; CORRER; OTUKI, 2013). Entende-se, também, que esse serviço deve ter seu processo de

trabalho e orientação ressignificados no Brasil, de modo a possibilitar a exploração de todas as suas potencialidades enquanto serviço clínico.

A dispensação exige do farmacêutico formação clínica, haja vista a necessidade de avaliar a prescrição, correlacionar os medicamentos prescritos/não prescritos com as condições de saúde e características do paciente, além de considerar outros fatores que podem interferir no resultado do tratamento e na segurança do paciente. Deve seguir os princípios preconizados pela OMS na Declaração de Tóquio, ou seja, além de entregar o medicamento ou produto para a saúde, o farmacêutico deve promover as condições para que o paciente utilize-o da melhor maneira possível (GALATO et al., 2008). Em alguns países, é uma atividade remunerada.

Conceito: serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados [Adaptado de Arias (1999) e Brasil (1998)].

Termos relacionados: dispensação orientada, dispensação ativa, dispensação clínica, dispensação especializada, dispensa, redispensação, *dispensing*, *pharmaceutical dispensing*, *dispensación*.

Em alguns países, o conceito de dispensação remete, tão somente, ao simples ato de entregar medicamentos.

6.4 Manejo de problema de saúde autolimitado

As pessoas, em seu cotidiano, promovem ações, a fim de prevenir doenças e controlar ou reduzir o impacto de condições mórbidas na sua

vida, o que constitui o autocuidado. Essas ações incluem as medidas básicas de higiene, alimentação saudável, prática de atividades físicas e uso de medicamentos (NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY, ©2016). As práticas de autocuidado correspondem a um contínuo que, dependendo da gravidade da doença e da necessidade de atenção profissional, vai desde o “autocuidado puro” (paciente totalmente autônomo) até a “responsabilidade abdicada” (paciente sem nenhuma autonomia) (CHAMBERS, 2006).

Neste contexto, o paciente pode recorrer, por conta própria, por influência de pessoas próximas ou da mídia, ao uso de medicamentos ou de outras estratégias terapêuticas para o seu autocuidado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY, ©2016; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a; COUGHLAN; SAHM; BYRNE, 2012). Há o risco de que a utilização desses recursos sem assistência não seja adequada, propiciando o insucesso no manejo dos sinais e sintomas ou acarretando outros problemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY, ©2016; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a; CORRER; OTUKI; SOLER, 2010). No Brasil, um estudo demonstrou que 32% dos pacientes que apresentaram algum sintoma/sinal nos dois meses anteriores à entrevista decidiram se autotrotar e apenas 8% procuraram assistência médica (MELLO; ANTUNES; WALDMAN, 2008).

O risco associado ao autotratamento desassistido justifica que o farmacêutico, principalmente nas farmácias comunitárias, ofereça ao paciente o serviço de manejo de problemas de saúde autolimitados, no qual o profissional aplica conhecimentos e habilidades clínicas para selecionar e documentar terapias farmacológicas e não farmacológicas que não exigem prescrição médica, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à resolução do problema de saúde autolimitado. O farmacêutico deve orientar o paciente e acompanhar os resultados da terapia prescrita ou do encaminhamento, para certificar-se da adesão às intervenções realizadas e resolução

do problema de saúde (NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY, ©2016; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2015a WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; UNITED KINGDOM, 2014; CUZZOLIN; BENONI, 2010; MAJOR; VINCZE, 2010a, 2010b; MACHUCA; BAENA; FAUS, 2005). Adicionalmente, esse serviço auxilia na redução da sobrecarga dos sistemas de saúde, no que se refere a condições clínicas que não exigem atendimento médico.

O problema de saúde autolimitado, também conhecido por transtorno menor, compreende uma enfermidade aguda, de baixa gravidade, de breve período de latência, que desencadeia uma reação orgânica, a qual tende a evoluir sem dano para o paciente, e que pode ser tratada de forma eficaz e segura com medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais – alopáticos ou dinamizados –, plantas medicinais, drogas vegetais e/ou medidas não farmacológicas (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2015a, 2013f). A maioria desses problemas pode ser identificada no componente “queixas e sintomas”, da segunda edição da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2), do Comitê Internacional de Classificação da Organização Mundial de Médicos de Família (WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS, 2009).

Conceito: serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa a problema de saúde autolimitado, identifica a necessidade de saúde, prescreve e orienta quanto a medidas não farmacológicas, medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica e, quando necessário, encaminha o paciente a outro profissional ou serviço de saúde.

Termos relacionados: indicação farmacêutica, automedicação assistida, automedicação responsável, *indicación farmacéutica, automedicación responsable, management of minor illness e responsible self medication.*

6.5 Monitorização terapêutica de medicamentos

O uso da monitorização terapêutica de medicamentos requer uma abordagem combinada, abrangendo técnicas e análises farmacêuticas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas. A execução desse serviço possibilita a individualização das doses dos medicamentos, mas não se restringe a uma simples mensuração da concentração plasmática do fármaco. Adicionalmente, a monitorização terapêutica de medicamentos pode ser útil na identificação de problemas relacionados à farmacoterapia e da própria adesão do paciente. Ao interpretar os resultados dos níveis plasmáticos, devem ser considerados alguns fatores, como: o tempo de amostragem em relação à dose, o histórico de dosagem, a resposta do paciente e os alvos clínicos desejados. Esta informação pode ser usada para identificar o regime terapêutico mais apropriado para o alcance da resposta ótima, com a menor toxicidade possível (BIRKETT, 1997; TOUW et al., 2005).

Seu uso primordial destina-se a monitorar níveis séricos de fármacos com janela terapêutica estreita, medicamentos com variabilidade farmacocinética ou cujas concentrações alvo são difíceis de monitorizar, bem como para aqueles conhecidos por causar reações adversas (KANG; LEE, 2009).

Conceito: serviço que compreende a mensuração e a interpretação dos níveis séricos de fármacos, com o objetivo de determinar as doses individualizadas necessárias para a obtenção de concentrações plasmáticas efetivas e seguras.

Termos relacionados: monitoramento de medicamentos, serviço de farmacocinética clínica, *monitoréo de drogas, monitoréo terapéutico de drogas, therapeutic drug monitoring, drug monitoring.*

6.6 Conciliação de medicamentos

Conciliação de medicamentos é um serviço que tem como objetivo prevenir erros de medicação resultantes de discrepâncias da prescrição, como duplicidades ou omissões de medicamentos, principalmente quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, dessa forma evitando danos desnecessários (KITTS; REEVE; TSUL, 2014; GUPTA; AGARWAL, 2013). Apesar do termo reconciliação ser muito utilizado como sinônimo de conciliação, optou-se por não utilizá-lo, a fim de evitar dubiedade de interpretação, uma vez que na RDC/Anvisa nº 13/2013, que dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Produtos Tradicionais Fitoterápicos, o termo reconciliação é utilizado em outro contexto e com outro significado (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013a).

Conceito: serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais.

Termos relacionados: reconciliação, *medication reconciliation*, *reconciliación de los medicamentos*, *conciliación de la medicación e conciliación farmacoterapéutica*.

6.7 Revisão da farmacoterapia

A revisão da farmacoterapia é um serviço pelo qual o farmacêutico analisa de forma estruturada os medicamentos em uso pelo paciente, com a finalidade de resolver problemas relacionados à prescrição,

à utilização, aos resultados terapêuticos, entre outros. Os problemas identificados podem ser, por exemplo: reações adversas, baixa adesão, erros de dosagem e/ou de doses, interações de medicamentos, necessidade de acompanhamento ou de terapia adicional, bem como oportunidades de redução no custo do tratamento (CLYNE; BLENKINSOPP; SEAL, 2008). A revisão da farmacoterapia aqui explanada refere-se a um serviço e não ao ato de o profissional manter-se atualizado em relação aos medicamentos ou às ações relacionadas à revisão do registro de medicamentos e do arsenal terapêutico disponíveis no mercado.

Existem diferentes propostas de processos de trabalho descritas na literatura para este serviço, com impactos distintos nas condições de saúde do paciente (PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA, 2011a, 2011b). Os fatores que podem influenciar na escolha do processo de trabalho, resultando em diferentes formas de realização da revisão da farmacoterapia, incluem: a complexidade do paciente que receberá o serviço, o acesso às informações do paciente, a inserção do profissional na equipe de saúde, a infraestrutura do seu lugar de trabalho, entre outros.

A revisão da farmacoterapia pode ser centrada apenas nas informações da prescrição de medicamentos, sem necessariamente haver contato direto com o paciente, o que, no contexto hospitalar, é denominado análise farmacêutica da prescrição. No entanto, quando focada na adesão ao tratamento, é necessário o contato direto com o paciente, pois é preciso checar o seu entendimento sobre o tratamento, sua rotina de medicação, entre outras informações. Na revisão clínica da farmacoterapia, pode-se, ainda, fazer uma análise mais aprofundada sobre os medicamentos e as condições de saúde, na qual o farmacêutico avaliará, também, questões relativas à escolha terapêutica, exames laboratoriais, segurança e efetividade dos tratamentos (BLENKINSOPP; BOND; RAYNOR, 2012).

Conceito: serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com

os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos.

Termos relacionados: revisão dos medicamentos, revisão da medicação, revisão da terapêutica, revisão do tratamento farmacológico, revisão do regime terapêutico, revisão do uso de medicamentos, revisão da prescrição, *medication review*, *medicines use review*, *brown bag review*, *drug regimen review*, *home medicines review*, *medication therapy review*, *medication management review*, *residencial medication management review*, *revisión del uso de la medicación*, *revisión de la medicación*, *revisión sistemática de medicación*, *revisión del uso de los medicamentos*, *revisión de la farmacoterapia*, *revisión del botiquín*.

6.8 Gestão da condição de saúde

Os serviços de gestão da condição de saúde, também chamados programas de gestão da doença, têm sido desenvolvidos e amplamente adotados em vários países, desde os anos 1990. A *Disease Management Association of America* define gestão da doença como “um sistema de intervenções e comunicações coordenadas de cuidados em saúde, para pessoas com determinadas afecções, em que esforços de autocuidado do paciente são significativos” (DMAA, 2006 apud SCHRIJVERS, 2009, p. 2). O objetivo maior desses programas consiste em garantir o seguimento das diretrizes clínicas para essas populações. Os programas de gestão da doença costumam ser de natureza interprofissional, incluindo, entre outros, médicos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos (PEYTREMANN-BRIDEVAUX; BURNAND, 2009).

A gestão da condição de saúde, enquanto serviço farmacêutico, é focada em uma doença ou condição específica (p.ex. diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia, asma brônquica, insuficiência cardíaca, uso de anticoagulantes orais, entre outras), e visa a fornecer ao paciente

as ferramentas e o conhecimento necessários ao seu empoderamento para o autocuidado, em um contexto multiprofissional de trabalho em saúde. Neste serviço, o farmacêutico trabalha com outros profissionais da saúde, a fim de gerenciar o cuidado prestado a um paciente e alcançar objetivos terapêuticos específicos (MCGIVNEY et al., 2007). Sua principal característica consiste no foco em uma condição e tratamentos específicos, ao passo que o acompanhamento farmacoterapêutico apresenta uma abordagem orientada ao gerenciamento de toda a farmacoterapia do paciente. Neste serviço, também é desejável a existência de protocolos clínicos ou acordos de colaboração com o médico, que expandam a autonomia do farmacêutico para dar início, ajustar, modificar ou suspender a farmacoterapia, durante o acompanhamento do paciente (AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY et al., 2015).

Conceito: serviço pelo qual se realiza o gerenciamento de determinada condição de saúde, já estabelecida, ou de fator de risco, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, reduzir riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde (Adaptado de Mendes, 2012).

Termos relacionados: gestão da doença, gestão da condição de saúde, gerenciamento da doença, gerenciamento da condição de saúde, *disease management*, *manejo de la enfermedad*, gerenciamento clínico, *gestión de la enfermedad*.

6.9 Acompanhamento farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico provido durante vários encontros com o paciente. No processo de cuidado, identificam-se problemas relacionados a medicamentos e resultados negativos da farmacoterapia, analisando suas causas e fazendo intervenções documentadas, visando a resolvê-las ou preveni-las. A

principal diferença deste serviço em relação aos demais consiste na perspectiva de continuidade do cuidado provido pelo farmacêutico em múltiplas consultas com o paciente (PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA, 2011b; UNITED KINGDOM, 2005; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002).

Devido a esta característica longitudinal do acompanhamento farmacoterapêutico, é possível que muitos dos serviços apresentados neste documento (educação em saúde, rastreamento em saúde, conciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia) possam ser realizados durante o processo de acompanhamento do paciente.

Conceito: serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde.

Termos relacionados: seguimento farmacoterapêutico, gestão da terapêutica, gestão da terapia medicamentosa, gerenciamento da terapia medicamentosa, gestão da farmacoterapia, serviço de gerenciamento integral da farmacoterapia, manejo da farmacoterapia, *medicines management, pharmacotherapeutic followup, medication management, drug therapy management e seguimiento farmacoterapéutico.*

ELEMENTOS MÍNIMOS QUE
CARACTERIZAM OS SERVIÇOS

Na Figura 6, é apresentada uma tabela contendo os **elementos mínimos** que caracterizam cada serviço farmacêutico diretamente destinado ao paciente, à família e à comunidade. Para tanto, foram consideradas os seguintes parâmetros: fontes de dados clínicos utilizadas, parâmetros avaliados pelo farmacêutico, necessidade de retorno do paciente ao serviço (*follow-up*), produto gerado com o serviço e beneficiário, e momento em que este serviço é prestado. Esse grupo de serviços clínicos visa a atender à necessidade social relacionada aos medicamentos e à saúde. São serviços com forte componente cognitivo, que exigem o desenvolvimento de raciocínio clínico, a incorporação do modelo de prática (cuidado farmacêutico), a tomada de decisões clínicas, intervenções, documentação e avaliação de resultados.

FIGURA 6

Elementos mínimos que caracterizam os serviços diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade.

SERVIÇO	RASTREAMENTO EM SAÚDE	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS	MANEJO DE PROBLEMA DE SAÚDE AUTOLIMITADO	MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA DE MEDICAMENTOS	CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS
Fontes dos dados clínicos	<ul style="list-style-type: none"> > Entrevista com o paciente > Teste de rastreamento 	<ul style="list-style-type: none"> > Entrevista com o paciente ou cuidador, grupo de pacientes ou profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> > Receita, > Entrevista com paciente/cuidador > Prontuário 	<ul style="list-style-type: none"> > Entrevista com o paciente/cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> > Receita > Determinação da concentração plasmática do fármaco 	<ul style="list-style-type: none"> > Receitas > Lista ou sacola de medicamentos > Entrevista com o paciente > Prontuário
Parâmetros avaliados pelo farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> > Resultado do teste 	<ul style="list-style-type: none"> > Necessidade educacional 	<ul style="list-style-type: none"> > Requisitos técnicos, administrativos e legais 	<ul style="list-style-type: none"> > Necessidade de terapia ou de encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> > Nível plasmático em relação à janela terapêutica e outros parâmetros de segurança 	<ul style="list-style-type: none"> > Acurácia da lista de medicamentos
Retorno do paciente (follow up)	<ul style="list-style-type: none"> > Desnecessário 	<ul style="list-style-type: none"> > Desejável 	<ul style="list-style-type: none"> > Desnecessário 	<ul style="list-style-type: none"> > Desejável 	<ul style="list-style-type: none"> > Necessário 	<ul style="list-style-type: none"> > Desnecessário
Produto (output)	<ul style="list-style-type: none"> > Resultado do teste e, se necessário, encaminhamento do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> > Aumento do conhecimento, habilidade, atitude ou autonomia do paciente sobre seu tratamento ou condição de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> > Medicamento entregue e paciente informado 	<ul style="list-style-type: none"> > Receita do farmacêutico > Documento de encaminhamento, caso necessário 	<ul style="list-style-type: none"> > Resultado do nível plasmático e recomendação de ajuste, se necessário 	<ul style="list-style-type: none"> > Lista conciliada de medicamentos
Quem recebe o produto	<ul style="list-style-type: none"> > Paciente 	<ul style="list-style-type: none"> > Paciente ou cuidador, grupo de pacientes, comunidade ou profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> > Paciente, cuidador ou representante 	<ul style="list-style-type: none"> > Paciente ou cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> > Prescritor 	<ul style="list-style-type: none"> > Prescritor > Paciente ou cuidador
Momento em que o serviço acontece	<ul style="list-style-type: none"> > A qualquer episódio de contato 	<ul style="list-style-type: none"> > A qualquer episódio de contato > Campanhas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> > Na dispensação 	<ul style="list-style-type: none"> > A qualquer episódio de contato 	<ul style="list-style-type: none"> > Durante a hospitalização > Encontro agendado 	<ul style="list-style-type: none"> > Na transição ou transferências entre níveis ou serviços de saúde

(Continua na próxima página)

SERVIÇO	REVISÃO DA FARMACOTERAPIA			GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE	ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO
	ANÁLISE DA PRESCRIÇÃO	REVISÃO DA FARMACOTERAPIA FOCADA NA ADEÇÃO	REVISÃO CLÍNICA DA FARMACOTERAPIA		
Fontes dos dados clínicos	<ul style="list-style-type: none"> > Receita > Prontuário do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> > Receitas > Prontuário > Sacola de medicamento > Entrevista com o paciente 	<ul style="list-style-type: none"> > Receitas > Prontuário > Sacola de medicamentos > Entrevista com o paciente > Exames 	<ul style="list-style-type: none"> > Prontuário > Entrevista com o paciente > Exames > Receitas relacionadas à condição > Sacola de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> > Prontuário > Entrevista com o paciente > Exames > Receitas relacionadas à condição > Sacola de medicamentos
Parâmetros avaliados pelo farmacêutico	<ul style="list-style-type: none"> > Necessidade, eficácia e segurança da terapia > Erros de medicação 	<ul style="list-style-type: none"> > Adesão do paciente e forma de uso dos medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> > Necessidade, efetividade e segurança da terapia, adesão do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> > Necessidade, efetividade e segurança da terapia, adesão do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> > Necessidade, efetividade e segurança da terapia, adesão do paciente
Retorno do paciente (follow up)	<ul style="list-style-type: none"> > Desnecessário 	<ul style="list-style-type: none"> > Desnecessário 	<ul style="list-style-type: none"> > Desnecessário 	<ul style="list-style-type: none"> > Necessário 	<ul style="list-style-type: none"> > Necessário
Produto (output)	<ul style="list-style-type: none"> > Lista de problemas identificados 	<ul style="list-style-type: none"> > Lista dos medicamentos do paciente, incluindo modo de uso da forma farmacêutica, frequência de administração e instruções adicionais 	<ul style="list-style-type: none"> > Lista de problemas identificados, recomendações ao paciente ou equipe 	<ul style="list-style-type: none"> > Objetivos terapêuticos atingidos para a condição de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> > Objetivos terapêuticos atingidos para toda a farmacoterapia
Quem recebe o produto	<ul style="list-style-type: none"> > Prescritor 	<ul style="list-style-type: none"> > Paciente 	<ul style="list-style-type: none"> > Paciente ou equipe de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> > Paciente/ cuidador ou equipe de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> > Paciente/ cuidador ou equipe de saúde
Momento em que o serviço acontece	<ul style="list-style-type: none"> > Por demanda do paciente ou prescritor > Durante a hospitalização 	<ul style="list-style-type: none"> > Consulta agendada 	<ul style="list-style-type: none"> > Consulta agendada 	<ul style="list-style-type: none"> > Consulta agendada 	<ul style="list-style-type: none"> > Consulta agendada

PROCEDIMENTOS FARMACÊUTICOS

Durante a prestação de serviços farmacêuticos, podem ser realizados diversos procedimentos, a fim de agregar informações sobre o paciente ou subsidiar a aplicação de recursos terapêuticos necessários ao processo de cuidado em saúde. Esse grupo de procedimentos (verificação de parâmetros clínicos, perfuração de lóbulo auricular, realização de pequenos curativos, administração de medicamentos, procedimentos em estética e acupuntura, entre outros) requer, principalmente, o desenvolvimento de habilidades motoras. Eles estão previstos na Lei nº 13021/2014 (BRASIL, 2014a), Portaria/MS nº 971/2006 (BRASIL, 2006a), RDC/Anvisa nº 44/2009 (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009), Resolução/CFF nº 516/2009 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009b), Resolução/CFF nº 573/2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013c), Resolução/CFF nº 585/2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f).

Para garantir a qualidade e a segurança desses procedimentos, o farmacêutico deverá utilizar processos padronizados, cumprir normas de biossegurança, documentar, utilizar equipamentos calibrados e validados clinicamente, bem como cumprir a legislação pertinente.

Procedimentos farmacêuticos: ações que podem ser realizadas durante a prestação de serviços farmacêuticos, ou fora deles, objetivando contribuir para a prevenção de doenças, a promoção e recuperação da saúde, e para o bem-estar das pessoas. Envolvem, principalmente, o uso de habilidades motoras.

8.1 Verificação de parâmetros clínicos

A verificação de parâmetros clínicos pode ser solicitada pelo paciente ou por profissional da saúde, de forma isolada, por meio de pro-

cedimentos que podem incluir teste laboratorial portátil¹ (do inglês *point-of-care testing*), autoteste² (equipamentos/dispositivos para autoteste, do inglês *home care test*), verificação de sinais vitais, entre outros. Alguns exemplos incluem a determinação dos níveis capilares de glicose, colesterol e triglicerídeos, a verificação da temperatura corporal, a medida da pressão arterial, a avaliação antropométrica e a medição de pico de fluxo respiratório (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2001, 2008b, 2009a, 2013f; BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

A análise de parâmetros clínicos pelo farmacêutico tem como objetivos a verificação do estado clínico do paciente, da efetividade e segurança do tratamento, o direcionamento de uma terapia ou o monitoramento do paciente e o rastreamento para identificação dos fatores de risco na promoção da saúde e na prevenção da doença.

8.2 Administração de medicamentos

Trata-se de procedimentos de aplicação de injetáveis, nebulização, terapia diretamente observada (em inglês, *Directly Observed Treatment – DOTs*), entre outros.

1 Equipamentos/dispositivos para autoteste: são definidos como equipamentos portáteis, utilizados para a determinação de parâmetros clínicos, que podem ser utilizados pelo paciente para fins de autocuidado, porém não conclusivos para diagnóstico, bem como em farmácias, por profissionais da saúde ou pelo laboratório clínico (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION, 2009).

2 Equipamentos/dispositivos teste laboratorial portátil: são definidos como equipamentos portáteis utilizados para determinação de parâmetros clínicos próximo ao local de cuidado do paciente, cujos resultados podem levar a possíveis mudanças no processo de cuidado (INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION, 2006)

A participação das farmácias em programas nacionais de imunização contribui em diversos sistemas de saúde para a proteção à saúde e a prevenção de doenças no país (EID; MEAGHER; LENGEL, 2015; BRASIL, 2014a; PAPASTERGIOU et al., 2014; TAITEL et al., 2013; HIGGINBOTHAM; STEWART; PFALZGRAF, 2012; BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2001, 2008b; WANG et al., 2003).

8.3 Organização dos medicamentos

A realização de procedimentos de organização dos medicamentos visa a simplificar a utilização destes pelos pacientes e corrigir eventuais erros de administração. A organização da rotina diária de medicação, também denominada aprazamento, deve ser estabelecida conforme a capacidade cognitiva e rotina do paciente, podendo ser feita em esquemas de horários com organizadores diários, semanais ou mensais (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013e, 2013f). Existem diversos dispositivos com esta finalidade, manuais e automatizados, que são chamados de *pill boxes*, organizadores de comprimidos, entre outros.

Uma das etapas desse procedimento envolve a utilização de diferentes estratégias educativas, tais como tabelas de horários, etiquetas, folde-res, entre outros. Diversos serviços farmacêuticos, como a educação em saúde, a dispensação, a revisão da farmacoterapia e o acompanhamento farmacoterapêutico também podem incluir esse procedimento.

8.4 Realização de pequenos curativos

A Resolução/CFF nº 357/2001 legitima a realização de pequenos curativos por farmacêuticos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2001), quando não há hemorragia arterial, e, em lesões cutâneas, nas quais não seja necessário fazer suturas ou procedimentos mais complexos.

Não é permitida a realização de curativos na região ocular e no ouvido, quando houver infecção, abscesso, mordidas de animais, amputação de membros ou perfurações profundas, bem como executar procedimentos que necessitem de atendimento ambulatorial ou hospitalar, como a retirada de pontos, o desbridamento e a lavagem de ouvidos, devendo, nesses casos, ser feito o encaminhamento, por escrito, à unidade ambulatorial ou hospitalar mais próxima.

PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

Na provisão de serviços farmacêuticos, é necessária a tomada de decisão clínica sobre a melhor intervenção possível para o paciente. A ação ou atividade técnica de selecionar uma conduta para o paciente constitui um ato prescritivo. A prescrição não configura um serviço clínico *per se*, mas uma das atividades ou ato que compõem o processo de cuidado à saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a, 2013f, 2013g).

A prescrição farmacêutica foi incluída no rol das atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, de que trata a Resolução/CFF nº 585/2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f), e regulada pela Resolução/CFF nº 586/2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013g), que a define em seu artigo 3º como:

ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.

O escopo da definição transcende a prescrição de medicamentos. Constitui uma responsabilidade assumida pelos profissionais que escolhem o cuidado farmacêutico como modelo de prática profissional.

O exercício profissional do farmacêutico não corresponde a uma atividade meramente comercial. Deste modo, a sua função primordial é prestar serviços de caráter clínico-assistencial ao paciente, fundamentados no atendimento das suas necessidades de saúde, no respeito à ética e na responsabilidade profissional (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a).

Ressalte-se que o Código de Ética Farmacêutica (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2014b) define que o farmacêutico não deve ser influenciado pelo interesse econômico, conscientemente ou não, agindo em detrimento do bem-estar e das reais necessidades de saúde do paciente.

Portanto, quando um paciente demanda por serviços farmacêuticos com o intuito de ser auxiliado no tratamento de um problema de saúde autolimitado, em que a prescrição de um medicamento de venda livre possa atender às suas expectativas, este ato não caracteriza conflito de interesses. Qualquer atitude que leve o farmacêutico a ceder a pressões de ordem econômica constitui má conduta profissional passível das sanções disciplinares previstas na legislação pertinente (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a).

ANÁLISE DE INFORMAÇÃO, GESTÃO
DE RISCO E CULTURA DE SEGURANÇA

A análise de informação, a gestão de risco e a cultura de segurança são elementos da **gestão da prática** – componente do cuidado farmacêutico – para a provisão de serviços farmacêuticos destinados ao paciente, à família e à comunidade. Os farmacêuticos que atuam clinicamente produzem informações registradas nos prontuários dos pacientes. Estas podem alimentar sistemas e programas nacionais relacionados à vigilância em saúde e à segurança do paciente (BRASIL; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013; BRASIL, 2013a). Contudo, a realização de atividades **exclusivamente** voltadas à gestão de risco ou da vigilância em saúde, sem o contato direto do profissional com o paciente, a família e a comunidade não caracteriza atuação clínica na forma prevista neste documento.

Em países nos quais há, nacionalmente, o registro eletrônico em saúde e o prontuário eletrônico do paciente, as informações do “fazer clínico do farmacêutico” auxiliam na definição da arquitetura da informação em saúde, seus arquétipos, templates e metodologia de gestão da prática. Esta integração das informações clínicas geradas pelos farmacêuticos e por farmácias com o restante da equipe multiprofissional propicia uma melhor gestão do caso, minimizando duplicidades de tratamentos, erros de medicação, entre outros, contribuindo para a terapêutica mais efetiva e segura, bem como para a redução de custos. Outra consequência da integração do registro clínico do farmacêutico aos sistemas nacionais é a redução da subnotificação e a melhora na qualidade da informação, uma vez que na arquitetura dos sistemas a notificação pode ser automatizada.

Infelizmente, no Brasil, não há um sistema nacional de informação em saúde que integre o prontuário do paciente em diferentes pontos de atenção à saúde. Considerando-se a dimensão do país, optou-se, inicialmente, pela criação de sistemas que apoiassem finalidades específicas como a vigilância sanitária e a segurança do paciente.

A criação do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária e da Rede Sentinela de Hospitais e Farmácias constitui

importante iniciativa com vistas a organizar os dados do cuidado em saúde para produzir informação em larga escala. A rede sentinela atua no campo da farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância, sob os pilares: busca ativa e notificação de eventos adversos, uso racional das tecnologias em saúde e qualidade em serviços.

Em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivos promover e apoiar iniciativas em diferentes áreas da atenção, para a organização e gestão de serviços de saúde, e envolver pacientes e familiares em ações para a sua segurança, entre outros. A implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSPs) nos estabelecimentos de saúde constitui uma das estratégias para o alcance desses objetivos (BRASIL; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013; BRASIL, 2013a; BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2013b).

DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO
DE CUIDADO

A documentação dos serviços e procedimentos farmacêuticos executados é essencial e obrigatória, conforme regulamentado pela Resolução/CFF nº 585/2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f) e também pela Resolução RDC/Anvisa nº 44/2009 (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009), entre outras. As farmácias e outros estabelecimentos de saúde devem manter registro informatizado ou em papel dos serviços e procedimentos farmacêuticos executados. Qualquer registro deve ser feito em português, por extenso, de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, sem emendas ou rasuras (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f). Outro aspecto relevante é que em um estabelecimento de saúde não deve haver mais de um prontuário por paciente. Sendo assim, em situações de trabalho em equipe, o registro de todos os profissionais deve ser feito no prontuário único do paciente (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2015b).

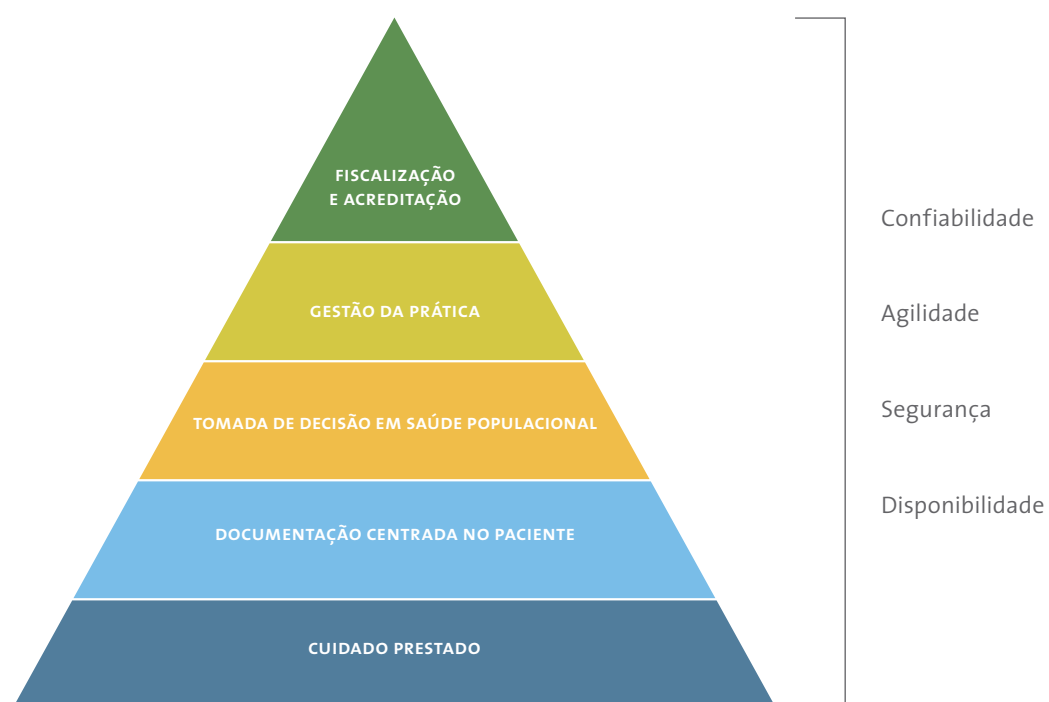
Independente das questões legais acerca desse processo, a documentação do cuidado farmacêutico deve ser estruturada para propiciar disponibilidade de informação a todos os envolvidos no cuidado, garantir o sigilo, a agilidade de consulta e a confiabilidade das informações, em relação ao estado de saúde do paciente, às intervenções realizadas e aos resultados obtidos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2011d, 2013e, 2015b; BRASIL, 1993).

A organização do processo de documentação apresenta-se como um desafio aos profissionais e serviços de saúde, pois deve subsidiar a gestão do caso, bem como, em termos populacionais, a tomada de decisão em saúde, a análise e a revisão da gestão da prática, a acreditação da qualidade do serviço e, finalmente, responder a quaisquer questionamentos advindos da fiscalização de atividade profissional ou sanitária (Figura 7).

A evolução farmacêutica consiste no registro efetuado no **prontuário do paciente**, com a finalidade de documentar o cuidado prestado, propiciando a comunicação entre os diversos membros da equipe de

FIGURA 7

Características e necessidades do processo de documentação do cuidado ao paciente.



saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2011d, 2013f). As notas de evolução conhecidas pelo anagrama SOAP – de dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano – são as mais comumente utilizadas na área da saúde. Contudo, existem outros métodos de registro.

O farmacêutico é o responsável pela qualidade e autenticidade dos registros, bem como pela guarda e manuseio das informações, em consonância com as regulamentações vigentes. Toda a documentação, em papel ou formato eletrônico, deve ser mantida no estabelecimento por, no mínimo, 5 (cinco) anos, a contar da última anotação, permanecendo, nesse período, à disposição dos órgãos de vigilância sanitária e profissional competentes para a fiscalização, salvo prazos maiores estabelecidos pela autoridade sanitária, relacionados a produtos específicos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2011d). No contexto da atuação do farmacêutico em equipes multiprofissionais de saúde, vale a determinação de 20 (vinte) anos para o arquivamento das informações, a contar da última anotação, podendo ser utilizado o formato eletrônico.

Um dos documentos emitidos pelo farmacêutico destinado ao paciente é a **receita**. Esta define um rol de componentes do tratamento do paciente, relacionado às terapias farmacológicas e não farmacológicas, às orientações e precauções específicas e a outras intervenções relativas ao cuidado em saúde. Contudo, quando for necessário documentar intervenções para pacientes com terapia previamente prescrita, podem ser emitidos outros tipos de documentos como: cartilhas, panfletos, quadros para aprazamento de medicamentos, entre outros. A elaboração da receita deve incluir os seguintes componentes mínimos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013e):

- identificação do estabelecimento farmacêutico ou do serviço de saúde ao qual o farmacêutico está vinculado (incluindo endereço, CNPJ e telefone ou outra meio de contato);
- nome completo e contato do paciente;
- descrição da terapia farmacológica, quando houver, incluindo as seguintes informações:

- ▶ nome do medicamento ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica e via de administração;
- ▶ dose, frequência de administração do medicamento e duração do tratamento;
- ▶ instruções adicionais, quando necessário.
- descrição da terapia não farmacológica ou de outra intervenção relativa ao cuidado (inclusive o encaminhamento), quando houver;
- nome completo do farmacêutico, assinatura e número de registro no Conselho Regional de Farmácia;
- local e data da prescrição.

A receita deve ser elaborada a partir das terapias farmacológica e não farmacológica, seguida do registro da solicitação de exames ou do encaminhamento e previsão de retorno, quando pertinentes. A sequência das condutas selecionadas deve ser registrada na forma de lista numerada, de modo sequencial e com números arábicos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2015b).

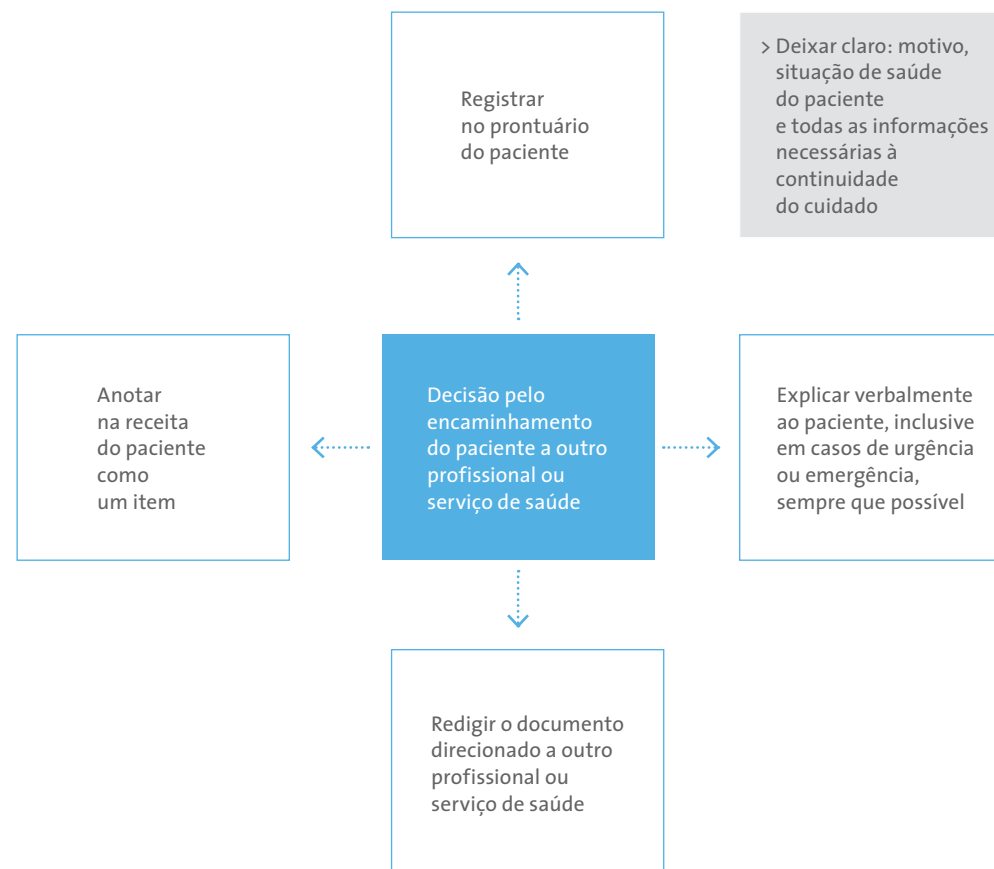
O farmacêutico deve se ater à prescrição de opções de intervenção fundamentadas nas melhores evidências, bem como dentro dos seus limites legais de atuação profissional (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2011b, 2013d, 2013e, 2015b).

Quando o farmacêutico decidir pelo encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde, além de registrar no prontuário e na receita do paciente, deve fornecer um **documento de encaminhamento**, contendo as informações que o motivaram e aquelas necessárias à continuidade do atendimento. As informações incluídas nesse documento devem ser claras e concisas, bem como previamente acordadas com o paciente ou seu cuidador (Figura 8).

O CFF disponibilizou modelos desses documentos na publicação disponível no seguinte endereço eletrônico http://www.cff.org.br/userfiles/file/_PROFAR_kit_Livro_corrigido.pdf

FIGURA 8

Processo de documentação da decisão pelo encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde.



RESPALDO LEGAL

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO/2013), do Ministério do Trabalho e Emprego, reconheceu a atuação clínica de farmacêuticos, ao definir a Farmácia Clínica como uma ocupação dos farmacêuticos no Brasil (BRASIL, ©1997-2007). A Lei nº 13021/2014 representa um avanço para a prestação de serviços nas farmácias brasileiras, ao estabelecer que “farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos.”, contemplando assim todos os serviços e procedimentos descritos neste documento (BRASIL, 2014a). A Resolução/CFF nº 585/2013 confere o amparo legal para a atuação clínica do farmacêutico no Brasil (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f).

Espera-se, ainda, que a proposta de serviços e procedimentos farmacêuticos aqui apresentada sirva de suporte para as discussões que envolverão a regulamentação da lei citada anteriormente, bem como para os ajustes necessários à RDC/Anvisa nº 44/2009 (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009).

ESTUDOS DE AVALIAÇÃO
DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

O valor do trabalho do farmacêutico na área clínica, do ponto de vista dos pacientes e dos demais profissionais da saúde que colaboram com estes serviços, é inequívoco. O valor social agregado pelo farmacêutico no cuidado dos pacientes e seus benefícios para o sistema de saúde é facilmente perceptível. No entanto, considerando a inovação representada por estas novas práticas e o paradigma vigente da saúde baseada em evidências, é essencial que o impacto dos serviços farmacêuticos possa ser demonstrado, a partir da realização de estudos clínicos e econômicos bem conduzidos (EL DIB, 2007).

Os serviços farmacêuticos são tecnologias leves em saúde e, como tais, podem ser avaliados por meio das ferramentas de Avaliação das Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2009b). Do ponto de vista da pesquisa, existem diferentes desenhos metodológicos considerados adequados para avaliar intervenções em saúde, sendo o ensaio clínico controlado randomizado aquele que provê o melhor nível de evidência. Esses estudos, associados a avaliações de impacto econômico e custo-efetividade, são fundamentais para embasar a discussão sobre a incorporação e a remuneração desses novos serviços, em larga escala, pelos sistemas de saúde dos países.

Em nível mundial, centenas de ensaios clínicos randomizados já foram publicados, avaliando uma grande variedade de serviços clínicos executados pelos farmacêuticos, em uma ampla diversidade de pacientes, de condições e de indicadores de saúde. A consolidação dos resultados desses estudos em revisões sistemáticas e meta-análises tem possibilitado um olhar mais aprofundado sobre serviços farmacêuticos que podem produzir os melhores resultados (CHISHOLM-BURNS et al., 2010; NKANSAH et al., 2010; BENEY; BERO; BOND, 2000).

Chisholm-Burns et al. (2010), em uma revisão sistemática com meta-análises que incluiu 224 estudos, os quais avaliaram a contribuição do farmacêutico nos sistemas de saúde, encontraram evidências de melhores desfechos clínicos no controle dos problemas de saúde e even-

tos relacionados à segurança da farmacoterapia. Dentre os resultados, aponta-se a melhora no controle do diabetes (diminuição dos valores de hemoglobina glicada, $p < 0,005$), da dislipidemia (redução nas concentrações de colesterol, $p = 0,01$) e da hipertensão arterial (redução da pressão sistólica e diastólica, $p < 0,001$). Outras constatações incluíram a redução da procura por serviços de emergência, da taxa de hospitalização, do tempo de permanência hospitalar, dos eventos adversos a medicamentos, do índice de massa corporal e da mortalidade.

Da mesma forma, existem evidências de alcance de resultados positivos com a provisão de **acompanhamento farmacoterapêutico**. Desde 1998, 15.000 pacientes, integrantes de um plano de saúde americano (*Fairview Health Services*), apresentaram melhora expressiva dos parâmetros clínicos (indicando o controle dos problemas de saúde) e demonstraram a economia para o plano de saúde, na medida em que, para cada dólar investido neste serviço, o sistema recebe entre 2,5 e 12 dólares de retorno (RAMALHO DE OLIVEIRA; BRUMEL; MILLER, 2010).

Há evidências de que o farmacêutico integrado à equipe de atenção primária à saúde (APS) pode disponibilizar o serviço de **revisão da farmacoterapia** com melhora nos desfechos positivos de saúde para os pacientes (MARUSIC et al., 2013; FREEMAN et al., 2013). Estudos de revisão sistemática indicam que serviços providos por farmacêuticos, como a revisão da farmacoterapia, simplificação do regime terapêutico e auxílio para a administração de medicamentos, são úteis para reduzir a prescrição inadequada, evitar a subutilização de medicamentos ou o uso de medicamentos potencialmente perigosos, e também para prevenir interações de medicamentos que propiciem insegurança aos pacientes (TOPINKOVÁ et al., 2012).

A **conciliação de medicamentos** tem demonstrado impacto na prevenção de eventos adversos relacionados aos medicamentos, reduzindo as discrepâncias em mudanças de níveis de atenção à saúde, de serviços ou de profissionais da saúde, promovendo, assim, a redução deste tipo

de erro de medicação em cerca de 70% (KWAN et al., 2013; GUPTA; AGARWAL, 2013; ASPDEN et al., 2007; KETCHUM; GRASS; PADWOJSKI, 2005). Um estudo realizado no Brasil, avaliando a importância do farmacêutico na identificação e resolução de discrepâncias na medicação, identificou um total de 181 dessas em 50 pacientes, sendo que 17,7% eram não intencionais. Para resolver esses problemas, os farmacêuticos fizeram 31 intervenções, das quais 74,2% foram aceitas (MAGALHÃES et al., 2014).

Outro serviço farmacêutico é o **manejo de problemas de saúde autolimitados**. Em uma revisão sistemática sobre este serviço, identificou-se a resolução completa dos problemas entre 68% a 94% das condições tratadas pelo farmacêutico, sendo que o custo médio da consulta variou de 2,26 a 25,28 dólares. Houve, ainda, a redução de 7,9% na procura pelos serviços de urgência ou emergência para o atendimento de problemas de saúde autolimitados, no grupo tratado pelo farmacêutico (UNITED KINGDOM, 2014).

No contexto nacional, identifica-se que o subdiagnóstico de diversas doenças, especialmente as crônicas, é ainda considerado alto, ou seja, inúmeras oportunidades de prevenção são desperdiçadas rotineiramente (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a, 2013f, BRASIL, 2010c, 2013b, 2013c; LIMA; RODRIGUES, 2006; PEELING; YE, 2004; RUZANY; SZWARCOWALD, 2000). Estudos demonstram que os farmacêuticos ocupam lugar estratégico no sistema para identificar pacientes sob risco e encaminhá-los precocemente ao médico para a efetivação de diagnóstico precoce, por meio da prestação do serviço de **rastreamento em saúde** (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013a; DHI-PPAYOM et al., 2013; WINFREY et al., 2011; FRADE, 2006).

A **monitorização terapêutica dos medicamentos** é outro serviço farmacêutico que tem refletido em resultados positivos na saúde do paciente. Em um ensaio clínico randomizado, foi demonstrado que a individualização da dose dos aminoglicosídeos, efetuada pelo farmacêutico após avaliação do perfil farmacocinético do medicamento em cada paciente,

conduziu a uma redução do tempo de internamento ($p = 0,087$) e dos períodos febris ($p < 0,05$), e à obtenção de níveis de pico plasmático mais adequados. Além disso, o serviço demonstrou ser custo-efetivo, havendo uma economia anual de mais de 2 milhões de dólares, para cada 500 pacientes submetidos a esse serviço (DESTACHE et al., 1990).

O impacto positivo do papel do farmacêutico na gestão de condições clínicas específicas também tem sido demonstrado em vários estudos. Em um deles, foi evidenciado que os pacientes em uso de terapia anticoagulante acompanhados pelo farmacêutico alcançaram o RNI (relação normatizada internacional) desejado de forma mais frequente, quando comparados àqueles submetidos ao cuidado usual, sem intervenção farmacêutica¹ ($p < 0,002$). Adicionalmente, apresentaram menos eventos hemorrágicos ($p < 0,01$) (JACKSON et al., 2004). Outros estudos reportaram a efetividade da atuação farmacêutica no acompanhamento de pessoas com asma. Estes concluem que os farmacêuticos podem contribuir para o aumento de conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades no manuseio dos dispositivos inalatórios e para a melhora nos resultados clínicos e na qualidade de vida dessas pessoas (MANGIAPANE et al., 2005; SAINI; KRASSS; ARMOUR, 2004; MCLEAN; GILLIS; WALLER, 2003; BARBANEL; ELDRIDGE; GRIFFITHS, 2003; EMMERTON; SHAW; KHEIR, 2003; HERBORG et al., 2001a, 2001b; SCHULZ et al., 2001; KHEIR; EMMERTON; SHAW, 2001). Diante dos resultados apresentados anteriormente, torna-se imperioso ampliar a oferta desses serviços no país.

No Brasil, o número de estudos clínicos controlados que avaliam os serviços farmacêuticos é crescente. Diversas estratégias de estímulo à realização desses estudos têm sido adotadas, e a qualidade da pes-

¹ Intervenção farmacêutica: Ato profissional planejado, documentado e realizado pelo farmacêutico, com a finalidade de otimização da farmacoterapia, promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.

quisa nesta área vem aumentando de forma consistente nos últimos anos. Visando garantir a aplicabilidade dos resultados, recomenda-se adotar os seguintes cuidados essenciais:

- o desenho da pesquisa deve privilegiar o formato de ensaio clínico controlado randomizado, de preferência, com cegamento dos pacientes e dos avaliadores dos desfechos nos pacientes;
- a escolha dos desfechos a serem avaliados deve levar em conta a finalidade do serviço farmacêutico e os benefícios esperados para os pacientes. Recomenda-se a escolha de desfechos intermediários e primordiais, sempre que possível, evitando-se aqueles desfechos substitutos e de menor impacto ou indicadores relacionados estritamente ao processo de trabalho do farmacêutico;
- os desfechos clínicos, relacionados às doenças e condições de saúde, devem ser avaliados, sempre que possível, em conjunto com desfechos humanísticos (qualidade de vida relacionada à saúde) e econômicos (custos da assistência prestada e os decorrentes da evolução do paciente);
- os serviços farmacêuticos investigados devem ser adequadamente descritos nos projetos e publicações resultantes dos estudos. Na maioria das situações, esses serviços consistem em intervenções de saúde complexas, o que torna difícil a identificação dos seus componentes. Esta complexidade contribui para uma descrição insuficiente dos serviços farmacêuticos na maioria dos estudos clínicos publicados, o que, por sua vez, dificulta a implantação dos mesmos no “mundo real”. Considerando estes aspectos, foi desenvolvida e validada uma ferramenta para identificação e caracterização dos componentes destes serviços, denominada DEPICT (*Descriptive Elements of Pharmacist Intervention Characterization Tool*), disponível no site <<http://www.depictproject.org>>. O DEPICT pode contribuir para padronizar a forma como os serviços podem ser reportados nos estudos clínicos e facilitar a transposição dessas intervenções da literatura científica para os serviços de saúde.

FORMAÇÃO PARA O CUIDADO
FARMACÊUTICO

A atuação clínica dos farmacêuticos, na provisão de serviços, constitui a base para a formação de novos profissionais e até mesmo daqueles que já estão no mercado de trabalho. A orientação da formação, tanto na graduação como na pós-graduação, deve estar direcionada à integração entre a teoria, a simulação (atividades de prática profissional) e o estágio (atividades no serviço). Isso requer professores com experiência prática e engajamento na área do cuidado farmacêutico, bem como infraestrutura que permita a realização dessas atividades, incluindo laboratórios de habilidades e de simulação, aulas práticas na farmácia universitária, em unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da família, entre outros estabelecimentos de saúde, notadamente da atenção primária à saúde, assim como acesso a recursos didáticos e bibliográficos. A distribuição da carga horária entre os diferentes cenários de prática deve ser equilibrada, favorecendo sempre a parte prática e a do serviço.

Outro ponto essencial nesta nova etapa da formação profissional consiste nas metodologias de ensino-aprendizagem adotadas pelas instituições formadoras tendo como foco o cuidado centrado no paciente, na família e na comunidade, notadamente para a provisão de serviços na atenção primária à saúde, de forma articulada ao SUS. Os educadores devem privilegiar metodologias ativas, como aprendizagem baseada em problemas, práticas na comunidade que integram ensino-serviço-comunidade, simulações em *role-playing* ou realísticas, jogos, desenvolvimento de projetos, estágio supervisionado, tradicional ou na forma de internato rural, entre outras. A aplicação dessas metodologias deve visar ao desenvolvimento de competências relativas ao acolhimento e à identificação das necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade, ao planejamento e à implantação de intervenções e, finalmente, à avaliação dos resultados obtidos por estas.

A formação deve se dar notadamente em ambiente prático, sendo possível distintos cenários de prática a serem empregados para o

desenvolvimento progressivo de competências clínicas, a saber: (MELO, 2015a, 2015b)

- **competências iniciais:** sala de aula (casos clínicos), laboratório de habilidades e laboratório de simulação;
- **competências intermediárias:** farmácia universitária, laboratório de habilidades, laboratório de simulação e aprendizagem baseada na comunidade;
- **competências avançadas:** aprendizagem baseada na comunidade e estágio supervisionado (tradicional ou na modalidade de internato rural).

O emprego de novas tecnologias para educação a distância pode auxiliar na superação de barreiras geográficas, criando novas abordagens de aprendizado em conjunto com as atividades presenciais, assim como incentivar o estudante ao processo de autodesenvolvimento de competências e de habilidade de autoatualização de conhecimentos.

No contexto do avanço da prática clínica no país, foi realizado pelo CFF, em parceria com o Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul (CRF-RS) o I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica (I ENEFC) entre os dias 14 e 15 de maio de 2015 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

A consolidação dos documentos produzidos pelos grupos de trabalho do I ENEFC originou uma proposta de matriz que foi apresentada e distribuída aos participantes do Congresso Brasileiro de Educação Farmacêutica (Cobef), realizado na cidade de Salvador (BA), em junho de 2015, para subsidiar a discussão e reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (DCNs) (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

Esse documento foi colocado em consulta pública pelo CFF, sob o nº 01, em março de 2016.

Após análise das contribuições recebidas durante a consulta pública, o documento resultante desse processo foi intitulado “Matriz de competências para a atuação clínica do farmacêutico”, e as áreas de competências organizadas em: a) cuidado à família e à comunidade; b) cuidado ao paciente; e c) organização e gestão de serviços/desenvolvimento profissional e pessoal para o cuidado em saúde. As competências-chave listadas para estas três áreas foram (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016):

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

A matriz de competências resultante desse processo pode ser acessada na página do CFF, no link: <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=778&menu=778&titulo=Publica%C3%A7%C3%B5es>

REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

A expansão da prática farmacêutica está exigindo cada vez mais que os farmacêuticos incorporem os serviços clínicos às suas atividades. Para que a prestação dos serviços farmacêuticos possa ser sustentável economicamente, é necessário que seja remunerada. Em outros países, a maior parte da remuneração dos serviços farmacêuticos é financiada pelos governos e planos privados de saúde (HOULE et al., 2014).

O modelo de remuneração deve ser pautado em um contrato social entre os serviços de saúde onde os farmacêuticos atuam e a sociedade, de modo que os serviços se responsabilizem por garantir acesso seguro e efetivo a medicamentos e a atendimentos de saúde, e a sociedade reconheça apropriadamente o papel vital que os farmacêuticos desempenham no sistema de saúde. Dessa forma, os serviços podem se manter viáveis e sustentáveis (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION, 2015).

Nos sistemas de saúde, existem diferentes modelagens de remuneração para os serviços e procedimentos farmacêuticos, habitualmente focados na resolução de necessidades de saúde específicas. Isto amplia, em muito, a complexidade e a variedade de subtipos e denominações de serviços e procedimentos, como por exemplo (HOULE et al., 2014):

- o aconselhamento para a contracepção de emergência, a cessação do tabagismo e a educação sobre técnicas de utilização de dispositivos inalatórios (educação em saúde);
- a gestão do diabetes (gestão da condição de saúde);
- a elaboração de plano terapêutico para problemas de saúde autolimitados (manejo de problemas de saúde autolimitados);
- o gerenciamento de farmacoterapias complexas (acompanhamento farmacoterapêutico), entre outros.

O serviço mais comumente remunerado é a revisão da farmacoterapia (HOULE et al., 2014). No Brasil, a remuneração da consulta feita por farmacêuticos, no âmbito do SUS, está prevista na Portaria GM/MS nº. 2848, de 06 de novembro de 2007, que publica a tabela de Procedimen-

tos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM, do SUS (BRASIL, 2007a). Neste documento, podem ser encontrados os procedimentos clínicos que podem ser executados por diversos profissionais, entre os quais o farmacêutico, como por exemplo: consulta de profissionais de nível superior na atenção básica; consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada; consulta para avaliação clínica do fumante; consulta ou atendimento domiciliar na atenção básica e assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada (BRASIL, 2007a).

É imprescindível uma mudança de paradigma que saia da remuneração pelo acesso a medicamentos e outros produtos para saúde, em grande volume, para a remuneração por serviços clínicos, onde o foco são as necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este documento evidencia a existência de diferentes termos relacionados à atuação clínica do farmacêutico. Faz-se necessário alinhar os conceitos utilizados no país, para dar suporte à padronização dos processos de trabalho, às competências profissionais para a prestação de cada serviço, à atualização da regulamentação sanitária, à formação de profissionais nesta área do conhecimento e à justa remuneração. Dessa forma, os principais objetivos deste documento são nortear e estimular a prática dos serviços clínicos no Brasil.

O rol de serviços e procedimentos propostos neste documento visa a contribuir para diminuir a lacuna entre o benefício potencial da terapêutica e o seu valor real, assim como sobre as dificuldades do paciente relativas à autogestão do tratamento no pós-acesso ao medicamento, mas também para o encaminhamento dos pacientes com o fim de diagnóstico precoce e para a colaboração na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

Tendo em vista a complexidade que envolve a proposta de um novo fazer farmacêutico no sistema de saúde, torna-se necessária uma ampla discussão entre gestores, profissionais e pesquisadores da área, em busca da definição de estratégias visando à sua implantação e financiamento. Os gestores precisam enxergar os serviços e procedimentos propostos como um modelo de negócios/tecnologias leves em saúde.

Espera-se, com a implantação dos serviços e procedimentos descritos neste documento, um maior reconhecimento das potencialidades do farmacêutico no processo de atenção à saúde, bem como a valorização do impacto de sua atuação na otimização da farmacoterapia¹, na melhora dos resultados em saúde, na prevenção de doenças e na promoção da saúde da população brasileira, que poderão ser implantadas em larga escala no país, de forma a impactar positivamente no seu financiamento.

¹ Processo pelo qual se obtêm os melhores resultados possíveis da farmacoterapia do paciente, considerando suas necessidades individuais, expectativas, condições de saúde, contexto cultural e determinantes de saúde.

Ressalte-se, ainda, a necessidade de aprofundamento das interfaces entre os serviços propostos e destes com as redes de atenção à saúde (RAS), bem como sobre a sua importância no processo de implantação das estratégias previstas no PNSP.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Modelos de saúde-doença:** introdução à epidemiologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Medci Ed., 2002. p. 27-64.

AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. The definition of clinical pharmacy. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 28, n. 6, p. 816-817, 2008.

_____ et al. Collaborative drug therapy management and comprehensive medication management-2015. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v.35, n. 4, p. e39-50, 2015.

ARIAS, T. **Glosario de medicamentos:** desarrollo, evaluación y uso. Washington: OPS, 1999. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19944es/s19944es.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

ASPDEN, P. et al. **Preventing medication errors.** Washington, DC: The National Academies Press, 2007. 544 p. (Quality Chasm Series).

BARBANEL, D.; ELDRIDGE, S.; GRIFFITHS, C. Can a self-management programme delivered by a community pharmacist improve asthma control? A randomised trial. **Thorax**, London, v. 58, n. 10, p. 851-854, 2003.

BENEY, J.; BERO, L. A.; BOND, C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes. **The Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, n. 3, CD000336, 2000. Electronic resource. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000336/pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

BENRIMOJ, C. S. et al. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. **Ars Pharmaceutica**, Granada, v. 51, n. 2, p. 69-87, 2010.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **DeCS:** Descritores em Ciências da Saúde. 2015. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 15 out. 2015.

BIRKETT, D. J. Pharmacokinetics made easy: therapeutic drug monitoring. **Australian Prescriber**, [S.l.], v. 20, p. 9-11, 1997.

BLENKINSOPP, A.; BOND, C.; RAYNOR, D. K. Medication reviews. **British journal of clinical pharmacology**, Oxford, v. 74, n. 4, p. 573-580, 2012.

BLUML, B. M. Definition of medication therapy management: development of professionwide consensus. **Journal of the American Pharmacists Association:** JAPhA, Washington, v. 45, n. 5, p. 566-572, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16295641>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 85.878, de 07 de abril de 1981. Estabelece normas para execução da Lei nº. 3820, de 11 de novembro de 1960, sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D85878.htm>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 1973. Retificado em: 21 dez. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. Lei nº. 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 ago. 2014a. Seção 1, p. 1, Edição Extra.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº. 13, de 14 de março de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de fabricação de produtos tradicionais fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 mar. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdco013_14_03_2013.html>. Acesso em: 24 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jul. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdco036_25_07_2013.html>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº. 54, de 10 de dezembro de 2013. Dispõe sobre a implantação do sistema nacional de controle de medicamentos e os mecanismos e procedimentos para rastreamento de medicamentos na cadeia dos produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 dez. 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdco054_10_12_2013.html>. Acesso em: 19 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº. 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4f6b6a80474575cf83b9d73fbc4c6735/18o809_rdc_44.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 17 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004. Seção 1, p. 52-53.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Guia básico para a farmácia hospitalar**. Brasília, 1994. 174 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de saúde**: epidemiológicas e demográficas. ©2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 abr. 2013a. Seção 1, p. 43-4.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a política nacional de práticas integrativas e complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 maio 2006a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971_03_05_2006.html>. Acesso em: 25 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jun. 2012a. Seção 1, p. 29-30.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.600, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 julho 2006b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html>. Acesso em: 06 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.848, de 06 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 nov. 2007a. Seção 1, p. 54-55.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da política nacional de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, n. 215. Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/portaria-gm-n%C2%BA-3916--98-politica-nacional-de-medicamentos-pdf-d85041802>>. Acesso em: 18 nov. 2014

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 407, de 30 de dezembro de 1992. Autoriza o cadastramento no grupo de procedimentos 63.100.03-7 internação em psiquiatria III, pelos gestores estaduais, aos hospitais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jan. 1993. Seção 1, p. 165.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**: medicamentos excepcionais. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Conjunta SAS/SCTIE-MS nº 01, de 12 de março de 2012. Institui Grupo de Trabalho e estratégias para a qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, com foco no serviço farmacêutico nas redes assistenciais prioritárias do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 mar. 2012b. Seção 1, p. 41.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília, 2008. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica**: doenças respiratórias crônicas. Brasília, 2010a. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: núcleo de apoio a saúde da família. Brasília, 2010b. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção primária**: rastreamento. Brasília, 2010c. 95 p. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília, 2013b. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013c. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2013d. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília 2009a. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília, 2014b. 108 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. Brasília, 2014c. 308 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 2).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. **Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba**. Brasília, 2014d. 120 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba**. Brasília, 2015. 100 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília, 2009b. 110 p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. ©1997-2007. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorCodigo.jsf>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

_____. Tribunal Superior do Trabalho. **Súmula nº. 256**. Contrato de prestação de serviços – legalidade. 2014e. Disponível em: <http://www.dji.com.br/normas_inferiores/enunciado_tst/tst_0256.htm>. Acesso em: 18 nov. 2014.

_____. Tribunal Superior do Trabalho. **Súmula nº. 331**. Contrato de prestação de serviços – legalidade. 2014f. Disponível em: <http://www.dji.com.br/normas_inferiores/enunciado_tst/tst_0331a0360.htm>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde apud PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHAMBERS, R. What we know about the practice and impact of self-care. **National Health Service**, [S.l.], p. 16, 2006. Disponível em: <http://www.selfcareconnect.co.uk/uploads/self_care_toolkit/sc4pc/chap2.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.

CHISHOLM-BURNS, M. A. et al. Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: a systematic review. **American journal of health-system pharmacy**: AJHP, Bethesda, v. 67, n. 19, p. 1624-1634, 2010.

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

CLYNE, W.; BLENKINSOPP, A.; SEAL, R. A. **Guide to medication review**. 2. ed. London: National Prescribing Centre, 2008. 39 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (Brasil). **Carta aberta sobre prescrição farmacêutica**. Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=1325&titulo=CARTA+ABERTA+SOBRE+PRESCRI%C3%87%C3%83O+FARMAC%C3%8AUTICA>>. Acesso em: 23 out. 2014.

_____. Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica. Brasília, 2016. No prelo.

_____. **Curso on line**: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados: módulo 2: unidade 1: semiologia farmacêutica e raciocínio clínico. Brasília, 2015a. 30 p.

_____. **Curso on line**: prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados: módulo 2: unidade 3: documentação do processo de atendimento e da prescrição farmacêutica. Brasília, 2015b. 58 p.

_____. Federação Nacional dos Farmacêuticos. Federação Interestadual dos Farmacêuticos. Associação Brasileira de Educação Farmacêutica. Executiva Nacional de Estudantes de Farmácia. **Reunião Nacional de Luta pela Valorização da Profissão Farmacêutica**: relatório. Brasília, 2014a. 86 p.

_____. **Manual básico de farmácia hospitalar**. Brasília, 1997. 125 p.

_____. **Nota técnica**: perguntas e respostas referentes às resoluções do CFF nº. 585 e nº. 586, de 29 de agosto de 2013. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/Nota%20T%C3%89cnica%20585%20586.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

_____. **Relatório**: Oficina sobre serviços farmacêuticos em farmácias comunitárias, 1, Brasília, 2013h. 48 p.

_____. Resolução nº. 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das boas práticas de farmácia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 abr. 2001. Seção 1, p.24-31.

_____. Resolução nº. 467, de 28 de novembro de 2007. Define, regulamenta e estabelece as atribuições e competências do farmacêutico na manipulação de medicamentos e de outros produtos farmacêuticos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 2007. Seção 1, p.76-78.

_____. Resolução nº. 477, de 28 de maio de 2008. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito das plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 jun. 2008a. Seção 1, p.113-117.

_____. Resolução nº. 499, de 17 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2008b. Seção 1, p.164-165.

_____. Resolução nº. 505, de 23 de junho de 2009. Revoga os artigos 2º e 34 e dá nova redação aos artigos 1º, 10, 11, parágrafo único, bem como ao capítulo III e aos anexos I e II da Resolução nº. 499/08 do CFF. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 2009a. Seção 1, p. 75.

_____. Resolução nº. 516, de 26 de novembro de 2009. Define os aspectos técnicos do exercício da acupuntura na medicina tradicional chinesa como especialidade do farmacêutico. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 dez. 2009b. Seção 1, p. 102-103.

_____. Resolução nº. 542, de 19 de janeiro de 2011. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na dispensação e no controle de antimicrobianos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jan. 2011a. Seção 1, p. 237-238.

_____. Resolução nº. 545, de 18 de maio de 2011. Dá nova redação ao artigo 2º da resolução nº. 542/11 do conselho federal de farmácia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 maio 2011b. Seção 1, p. 158.

_____. Resolução nº. 546, de 21 de julho de 2011. Dispõe sobre a indicação farmacêutica de plantas medicinais e fitoterápicos isentos de prescrição e o seu registro. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jul. 2011c. Seção 1, p. 87-88.

_____. Resolução nº. 555, de 30 de novembro de 2011. Regulamenta o registro, a guarda e o manuseio de informações resultantes da prática da assistência farmacêutica nos serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 dez. 2011d. Seção 1, p. 188.

_____. Resolução nº. 568, de 6 de dezembro de 2012. Dá nova redação aos artigos 1º ao 6º da Resolução/CFF nº 492 de 26 de novembro de 2008, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 dez. 2012. Seção 1, p. 353.

_____. Resolução nº. 573, de 22 de maio de 2013. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no exercício da saúde estética e da responsabilidade técnica por estabelecimentos que executam atividades afins. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2013c. Seção 1, p. 180-181.

_____. Resolução nº. 574, de 22 de maio de 2013. Define, regulamenta e estabelece atribuições e competências do farmacêutico na dispensação e aplicação de vacinas, em farmácias e drogarias. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2013d. Seção 1, p. 181.

_____. Resolução nº. 578, de 06 de julho de 2013. Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago. 2013e. Seção 1, p. 151-152.

_____. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013f. Seção 1, p. 186-188.

_____. Resolução nº. 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2013g. Seção 1, p. 136-138.

_____. Resolução nº. 596, de 21 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 mar. 2014b. Seção 1, p. 99-103.

_____. Competências para a atuação clínica do farmacêutico: relatório do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica e Matriz de Competências para a Atuação Clínica. Brasília, 2016. No prelo.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Resolução CNE/CES nº. 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 mar. 2002. Seção 1, p;9. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CESo22002.pdf>>. Acesso em: 7 mai 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência farmacêutica no SUS**: coleção para entender a gestão do SUS 2011. Brasília, 2011, v. 7, 186 p.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. **Saúde**: concepções e políticas públicas. Rio de Janeiro: FioCruz, 1997. 138 p.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 454 p.

_____; _____; SOLER, O. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 91, p. 37-45, 2010.

COUGHLAN, D.; SAHM, L.; BYRNE, S. The importance of health literacy in the development of 'Self Care' cards for community pharmacies in Ireland. **Pharmacy practice**, Granada, v. 10, n. 3, p. 143-150, 2012.

CUZZOLIN, L.; BENONI, G. Safety of non-prescription medicines: knowledge and attitudes of Italian pharmacy customers. **Pharmacy world & science**: PWS, The Hague, v. 32, n. 1, p. 97-102, 2010.

DESTACHE, C. J. et al. Impact of a clinical pharmacokinetic service on patients treated with aminoglycosides: a cost-benefit analysis. **Therapeutic drug monitoring**, Hagerstown, v. 12, n. 5, p. 419-426, 1990.

DHIPPAYOM, T. et al. Opportunistic screening and health promotion for type 2 diabetes: an expanding public health role for the community pharmacist. **Journal of public health**, Oxford, v. 35, n. 2, p. 262-269, 2013.

EID, D. D.; MEAGHER, R. C.; LENGEL, A. J. The Impact of Pharmacist Interventions on Herpes Zoster Vaccination Rates. **The Consultant pharmacist**: the journal of the American Society of Consultant Pharmacists, Arlington, v. 30, n. 8, p. 459-462, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26260642>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **Jornal Vasculoso Brasileiro**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 1-4, 2007.

EMMERTON, L.; SHAW, J.; KHEIR, N. Asthma management by New Zealand pharmacists: a pharmaceutical care demonstration project. **Journal of clinical pharmacy and therapeutics**, Oxford, v. 28, n. 5, p. 395-402, 2003.

ENCONTRO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, 1., 1988, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Central de Medicamentos/MS, 1988. 44 p.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FRADE, J. C. Q. P. **Desenvolvimento e avaliação de um programa educativo relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisas René Rachou, 2006.

FREEMAN, C. R. et al. An evaluation of medication review reports across different settings. **International journal of clinical pharmacy**, Dordrecht, v. 35, n. 1, p. 5-13, 2013.

FREITAS, E. L.; RAMALHO DE OLIVEIRA, D.; PERINI, E. Atenção farmacêutica - teoria e prática: um diálogo possível? **Acta Farmacêutica Bonaerense**, Buenos Aires, v. 25, n. 3, p. 447-453, 2006.

FUNCHAL-WITZEL, M. D. R. **Produção científica brasileira na área de atenção farmacêutica entre 1990 e 2007**. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GALATO, D. et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, [S.l.], v. 44, p. 465-475, 2008.

GARIGLIO, M. T. O cuidado em saúde. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte**: Oficina 2 – Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPMG, 2012. p. 7

GOFIN, J.; GOFIN, R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 177-185, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2015.

GOMES, C. A. P. et al. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves, 2010. 144 p.

GUPTA, M.; AGARWAL, M. Understanding medication errors in the elderly. **The New Zealand medical journal**, Wellington, v. 126, n. 1385, p. 62-70, 2013.

HEPLER, C. D. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 24, n. 11, p. 1491-1498, 2004.

_____; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American journal of hospital pharmacy**, Bethesda, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

HERBORG, H. et al. Improving drug therapy for patients with asthma-part 1: patient outcomes. **Journal of the American Pharmaceutical Association: APhA**, Washington, v. 41, n. 4, p. 539-550, 2001a.

_____. et al. Improving drug therapy for patients with asthma-part 2: use of antiasthma medications. **Journal of the American Pharmaceutical Association: APhA**, Washington, v. 41, n. 4, p. 551-559, 2001b.

HIGGINBOTHAM, S.; STEWART, A.; PFALZGRAF, A. Impact of a pharmacist immunizer on adult immunization rates. **Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA**, v. 52, n. 3, p. 367-371, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22618978>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1156-1167, 2009.

HOULE, S. K. D. et al. Paying pharmacists for patient care: A systematic review of remunerated pharmacy clinical care services. **Canadian pharmacists journal: CPJ**, Ottawa, v. 147, n. 4, p. 209-232, 2014.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 18113-1:2009**: In vitro diagnostic medical devices – Information supplied by the manufacturer (labelling) – Part 1: Terms, definitions and general requirements. 2009. 49 p. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=40984>. Acesso em: 07 jun. 2016.

_____. **ISO 22870:2006**: Point-of-care testing (POCT) – Requirements for quality and competence. 2006. 11 p. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=35173>. Acesso em: 07 jun. 2016.

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **Evidence of primary care pharmacists' impact on health**. 2008. Disponível em: <<http://www.farmacija.org/dokumenti/Appendix.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. **Sustainability of Pharmacy Services: Advancing Global Health**. International overview of remuneration models for community and hospital pharmacy. 2015. Disponível em: <http://fip.org/files/fip/Sustainability-Pharmacy-Services-_Executive_summary_2.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2016.

_____; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas prácticas en Farmacia**: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. Hyderabad: FIP/OMS, 2011.

_____; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Annex 8: Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services**. The Hague: World Health Organization, 2011. 20 p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18676en/s18676en.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

JACKSON, S. L. et al. Improving the outcomes of anticoagulation: an evaluation of home follow-up of warfarin initiation. **Journal of internal medicine**, Oxford, v. 256, n. 2, p. 137-144, 2004.

KANG, J. S.; LEE, M. H. Overview of Therapeutic Drug Monitoring. **The Korean journal of internal medicine**, Seoul, v. 24, n. 1, p. 1-10, 2009.

KETCHUM, K.; GRASS, C. A.; PADWOJSKI, A. Medication reconciliation: verifying medication orders and clarifying discrepancies should be standard practice. **The American journal of nursing**, Philadelphia, v. 105, n. 11, p. 78-85, 2005.

KHEIR, N.; EMMERTON, L.; SHAW, J. Can pharmacists influence the health-related quality of life of patients with asthma? the New Zealand pharmaceutical care experience. **Journal for scientific research Medical sciences**, Al-Khod, v. 3, n. 2, p. 69-75, 2001.

KITTS, N. K.; REEVE, A. R.; TSUL, L. Care transitions in elderly heart failure patients: current practices and the pharmacist's role. **The Consultant pharmacist: the journal of the American Society of Consultant Pharmacists**, Arlington, v. 29, n. 3 p. 179-190, 2014.

KWAN, J. L. et al. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. **Annals of internal medicine**, Philadelphia, v. 158, n. 5 pt. 2, p. 397-403, 2013.

LIMA, A. A. A.; RODRIGUES, R. V. **Automedicação**: o uso indiscriminado de medicamentos pela população de Porto Velho. 2006.

MACHUCA, M.; BAENA, M. I.; FAUS, M. J. **Guía de indicación farmacéutica**. Granada: Fundación Abbott, 2005. 35 p. Disponível em: <http://www.fundacionabbott.es/documentos/investigacion/dader1/publicacion/Guia_de_indicacion.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MAGALHÃES, G. F. et al. Medication Reconciliation in Patients Hospitalized in a Cardiology Unit. **PloS one**, San Francisco, v. 9, n. 12, p. 115491, 2014.

MAJOR, C.; VINCZE, Z. Consumer habits and interests regarding non-prescription medications in Hungary. **Family practice**, Oxford, v. 27, n. 3, p. 333-338, 2010a.

_____; _____. Self-medication in hungary, from the perspective of pharmacy workers. **Acta poloniae farmacéutica**, Warszawa, v. 67, n. 5, p. 547-554, 2010b.

MANGIAPANE, S. et al. Community pharmacy-based pharmaceutical care for asthma patients. **The Annals of pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 39, n. 11, p. 1817-1822, 2005.

MARACLE, H. L.; OLIVEIRA, D. R.; BRUMMEL, A. Primary care providers' experiences with pharmaceutical care-based medication therapy management services. **Innovations in pharmacy**, Minnesota, v. 3, n. 1, p. 1-12, 2012.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p.

MARTÍNEZ, F. M. et al. **Consigue**: Informe 2011-2014, medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en mayores polimedcados, en la farmacia comunitaria española. Madrid: Consejo General De Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2014. 168 p.

MARTINS, N. E. **A evolução histórica da legislação farmacêutica profissional e sanitária aplicada a atividades técnicas exercidas pelo farmacêutico, direcionadas aos pacientes na farmácia comunitária no Brasil**. 2010. 120 f. Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Farmacologia Clínica, Curso de Pós-Graduação lato sensu da Universidade Estadual de Montes Claros e Associação Mineira de Farmacéuticos, Belo Horizonte, 2010.

MARUSIC, S. et al. The effect of pharmacotherapeutic counseling on readmissions and emergency department visits. **International journal of clinical pharmacy**, Dordrecht, v. 35, n. 1, p. 37-44, 2013.

MCGIVNEY, M. S. et al. Medication therapy management: its relationship to patient counseling, disease management, and pharmaceutical care. **Journal of the American Pharmacists Association**: JAPhA, Washington, v. 47, n. 5, p. 620-628, 2007.

MCLEAN, W.; GILLIS, J.; WALLER, R. The bc community pharmacy asthma study: a study of clinical, economic and holistic outcomes influenced by an asthma protocol provided by specially trained community pharmacists in British Columbia. **Canadian respiratory journal**, Oakville, v. 10, n. 4, p. 195-202, 2003.

MELO, A. C. Educação baseada na comunidade. In: CONGRESSO DE FARMÁCIA E BIOQUÍMICA DE MINAS GERAIS, 13., Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais, 2015a. Disponível em: <<http://http://pt.slideshare.net/angelitamelo>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

_____. Emprego de simulação, laboratório de habilidades e práticas integradas ao ensino, serviço e comunidade. In: CONGRESSO DA FEDERACIÓN FARMACÉUTICA SUDAMERICANA, 18., CONGRESSO RIOPHARMA DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, 8., Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: [s.n.], 2015b. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/angelitamelo>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

MELLO, T. R. C.; ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A. Prevalência de cárie não tratada na dentição decídua em áreas urbanas e rurais do estado de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 23, n. 2, p. 78-84, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MICHAELIS: dicionário brasileiro da língua portuguesa. ©2014. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. **Guia do cuidado farmacêutico**: uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS. Belo Horizonte: SES-MG, 2010. 94 p.

MOULLIN, J. C. et al. Defining professional pharmacy services in community pharmacy. **Research in social & administrative pharmacy**: RSAP, New York, v. 9, n. 4, p. 1-7, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23591411>><<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741113000417>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

NKANSAH, N. et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. **The Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, n. 7, Jul. 2010. Electronic resource. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000336.pub2/pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

NOGUEIRA, R. P. **Capital e trabalho nos serviços de saúde**: introdução e o conceito de serviços, determinação geral. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1989.

NONPRESCRIPTION MEDICINES ACADEMY. **The nonprescription medicine academy's definition of self care**. ©2016. Disponível em: <<http://www.nmafaculty.org/about-nma>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

OLIVEIRA, M. et al. **Idoso na saúde suplementar**: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_final_livro_idosos.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en la atención a la salud**: declaración de Tokio. Ginebra, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília, 2002. 24 p.

_____. ; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O papel do farmacêutico no Sistema de Atenção à Saúde**: Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13 - 16 de dezembro de 1988 + O papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população: Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto - 3 de setembro de 1993 + Boas práticas em farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Federal de Farmácia, 2004. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3598/PapelFarmaceutico.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 07 out. 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud**: documento de posición de la OPS/OMS. Washington: OPS/OMS, 2013.

PAPASTERGIOU, J. et al. Community pharmacist-administered influenza immunization improves patient access to vaccination. **Canadian pharmacists journal**: CPJ, Ottawa, v. 147, n. 6, p. 359-365, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25364353>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

PATEL, P.; ZED, P. J. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? **Pharmacotherapy**, Carlisle, v. 22, n. 7, p. 915-923, 2002.

PEELING, R.; YE, H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 82, n. 6, p. 439-446, 2004.

PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I.; BURNAND, B. Disease management: a proposal for a new definition. **International Journal of Integrated Care**, Bethesda, v. 9, p. e16, Mar. 2009.

PHARMACEUTICAL SOCIETY OF AUSTRALIA. **Guidelines for pharmacists providing home medicines review (HMR) services**. Deakin, 2011a.

_____. **Standard and guidelines for pharmacists performing clinical interventions.** Sidney, 2011b. 32 p.

RAMALHO DE OLIVEIRA, D. **Atenção farmacêutica:** da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN Editora, 2011. 344 p.

_____; BRUMMEL, A. R.; MILLER, D. B. Medication therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. **Journal of managed care pharmacy:** JMCP, Alexandria, v. 16, n. 3, p. 185-195, 2010.

RUZANY, M. H.; SZWARCOWALD, C. L. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultados do estudo-piloto. **Adolescência latinoamericana,** Buenos Aires, v. 2, n. 1, p. 26-35, 2000.

SAINI, B.; KRASSS, I.; ARMOUR, C. Development, implementation, and evaluation of community pharmacy-based asthma care model. **The Annals of pharmacotherapy,** Cincinnati, v. 38, n. 11, p. 1954-1960, 2004.

SÁNCHEZ-SERRANO, I. **La crisis mundial de los sistemas de salud:** del laboratorio de investigaciones hasta la cama del paciente. Bogotá: Editora Elsevier Insights, 2014.

SCHALL, V. T. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 149-159, 1999.

SCHRIJVERS, G. Disease management: a proposal for a new definition. **International Journal of Integrated Care,** Bethesda, v. 9, p. e06, Mar. 2009.

SCHULZ, M. et al. Pharmaceutical care services for asthma patients: a controlled intervention study. **Journal of clinical pharmacology,** Stamford, v. 4, n. 6, p. 668-676, 2001.

SILVA, J. A. P. et al. **Seminário Brasileiro de Farmácia Clínica (I).** Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1981.

SOUSA, M. C. V. B. et al. Analysis of elderly individuals' access to and utilization of health services and prescription drugs and their patterns of use. **Latin American Journal of Pharmacy,** [S.l.], v. 31, n. 10, p. 1379-1386, 2012.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa:** transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 376 p.

STRAND, L. M.; CIPOLLE, R. J.; MORLEY, P. C. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. **Drug intelligence & clinical pharmacy,** Hamilton, v. 22, n. 1, p. 63-67, 1988.

TAITEL, M. S. et al. Improving pneumococcal and herpes zoster vaccination uptake: expanding pharmacist privileges. **The American journal of managed care,** Old Bridge, v. 19, n. 9, p. 309-313, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24449960>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

TOPINKOVÁ, E. et al. Evidence-based strategies for the optimization of pharmacotherapy in older people. **Drugs & aging,** Auckland, v. 29, n. 6, p. 477-494, 2012.

TOUW, D. J. et al. Cost-effectiveness of therapeutic drug monitoring: a systemic review. **Therapeutic drug monitoring,** Hagerstown, v. 27, n. 1, p. 10-17, 2005.

UNITED KINGDOM. Department of Health. National Health System. Choosing health through pharmacy. **A programme for pharmaceutical public health 2005-2015.** London: NHS, 2005. Disponível em: <http://www.rcn.org.uk/downloads/professional_development/mental_health_virtual_ward/treatments_and_therapies/choosing-health-through-pharmaciespdf.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2014.

_____. National Health Service. Aberdeen University. University of East Anglia. **Community pharmacy management of minor illness: MINA study.** London: Pharmacy Research UK, 2014.

US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **Medical Subjects**

Headings: MeSH 2016: MeSH Descriptor Data. Bethesda, 2016.
Disponível em: <https://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2016/MB_cgi?mode=&index=1444&field=all&HM=&II=&PA=&form=&input=>.
Acesso em: 06 jun. 2016.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de atenção de enfermagem: contribuição para a enseñanza del grado en enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-113, 2011.

VALLS, L. T.; FERNANDEZ-LLIMÓS, F. Cribados desde la oficina de farmacia. **Aula de la farmacia:** revista profesional de formación continuada, v. 2, n. 17, p. 7-16, Jul./Ago. 2005.

VAN MIL, J. W. F.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. What is “pharmaceutical care” in 2013? **International journal of clinical pharmacy**, Dordrecht, v. 35, n. 1, p. 1-2, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23296682>>.
Acesso em: 1 abr. 2013.

WANG, J. et al. Effect of pharmacist intervention on herpes zoster vaccination in community pharmacies. **Journal of the American Pharmacists Association:** JAPhA, Washington, v. 53, n. 1, p. 46-53, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23636155>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

WEED, L. L. Medical records that guide and teach. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 278, n. 11, p. 593-600, 1968.

WIEDENMAYER, K. et al. **Developing pharmacy practice:** A focus on patient care. Geneva: WHO, 2006. 97 p. Disponível em: <<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Developing+pharmacy+practice+A+focus+on+patient+care#3>>. Acesso em: 24 jan. 2012.

WINFREY, C. et al. Pharmacist-initiated peripheral arterial disease screening program in a community pharmacy setting. **Journal of the American Pharmacists Association:** JAPhA, Washington, v. 51, n. 3, p. 373-377, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication:** Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. Hague, 2014.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS. **Classificação internacional de atenção primária (CIAP 2).** 2. ed. Florianópolis: SBMFC, 2009.

WORTH, J. et al. **Aperfeiçoando a jornada do paciente.** São Paulo: Lean Institute Brasil, 2013. 161 p.

ZUBIOLI, A. Pharmaceutical Care: filosofia e linguagem. **O Farmacêutico em Revista**, Curitiba, p.16-18, 26 jan. 2007.

APÊNDICE

Termos constantes de resoluções do CFF, publicações oficiais da Anvisa e do Ministério da Saúde, relativos aos serviços farmacêuticos.

DOCUMENTO OU LEGISLAÇÃO	TERMO COMENTADO
Presidência da República Casa Civil	
Lei nº 5.991/1973 (BRASIL, 1973)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensação • Aplicação de injetáveis
Lei nº 13.021/2014 (BRASIL, 2014a)	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência farmacêutica <ul style="list-style-type: none"> – Conjunto de ações e de serviços – Responsabilidade e assistência técnica de farmacêutico habilitado na forma da lei • Assistência à saúde • Orientação sanitária individual e coletiva • Dispensação • Notificação de efeitos colaterais, reações adversas, intoxicações e farmacodependência, observados e registrados na prática da farmacovigilância • Acompanhamento farmacoterapêutico • Estabelecer protocolos de vigilância farmacológica de medicamentos, produtos farmacêuticos e correlatos • Estabelecer o perfil farmacoterapêutico no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmacoterapêuticas • Orientação farmacêutica • As farmácias poderão dispor de medicamentos, vacinas e soros

Ministério do Trabalho e Emprego

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, ©1997-2007)

• Farmácia Clínica (ocupação 2234-45)

Ministério da Saúde

Carta aberta de Brasília. 1º. Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos (ENCONTRO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, 1988)

• O modelo de assistência farmacêutica deverá estar alicerçado nos princípios do Sistema Unificado de Saúde – SUS (universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento)

• Assistência farmacêutica: conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde no nível individual ou coletivo, centrados no medicamento

- Dispensação: orientação quanto ao uso adequado do medicamento é de responsabilidade exclusiva do farmacêutico
- Farmacovigilância: procedimentos e práticas
- Assistência farmacêutica não é exclusiva de um único profissional, dela participando farmacêuticos, médicos, enfermeiros, dentre outros (farmacêutico ocupa um papel-chave nessa assistência)

Guia Básico para a Farmácia Hospitalar. (BRASIL, 1994)

• Assistência farmacêutica ao paciente hospitalizado (termo relacionado ao atendimento do paciente)

- Orientação Farmacêutica ao Paciente
- Perfil farmacoterapêutico
- Ficha de detecção de reação adversa
- Funções clínicas: estudo de utilização de medicamentos, farmácia clínica, participação nos programas de suporte nutricional e no estabelecimento de protocolos institucionais de tratamentos, farmacocinética clínica e participação nos programas de farmacovigilância no hospital
- Farmácia Clínica: paciente internado, ambulatorial ou os que procuram atendimento na Farmácia Ambulatorial
 - Farmacêutico clínico busca informação no prontuário do paciente (anamnese, hipótese diagnóstica), entrevista o paciente (registro em formulário próprio), elaboração de plano terapêutico, acompanhar a evolução diária do paciente

Política Nacional de Medicamentos. Portaria nº 3.916/1998 (BRASIL, 1998)	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência Farmacêutica <ul style="list-style-type: none"> – Dispensação: ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos/ farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento – Acompanhamento e avaliação da utilização – Difusão de informação sobre medicamentos – Educação permanente dos profissionais da saúde, do paciente e da comunidade • Promoção do uso racional dos medicamentos (Campanhas educativas) • Ações de farmacovigilância • Automedicação
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento • Dispensação • Orientação • Parecer do farmacêutico • Rastreamento
Política Nacional de Assistência Farmacêutica Resolução/Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 338/2004 (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência Farmacêutica <ul style="list-style-type: none"> – Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde – Dispensação – Acompanhamento e avaliação da utilização • Atenção Farmacêutica <ul style="list-style-type: none"> – Modelo de prática farmacêutica – Desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica – Interação direta do farmacêutico com o usuário – Visa à farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis
Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família (BRASIL, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir com a utilização racional dos medicamentos, aumentando a adesão à terapêutica • Dispensação • Orientação quanto ao uso correto de medicamentos • Execução das ações de atenção farmacêutica e de seguimento farmacoterapêutico • Caso o município opte pelo seguimento farmacoterapêutico na UBS, deve prever uma área para esse objetivo, onde o farmacêutico possa estabelecer comunicação privada com o usuário

Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009a)	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços farmacêuticos-técnico-gerenciais • Serviços farmacêuticos-técnico-assistenciais • Dispensação • Orientação farmacêutica • Seguimento farmacoterapêutico • Educação em Saúde • Suporte técnico para a equipe de saúde
Ministério da Saúde - Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos	
Caderno de Atenção Básica nº 25, MS (BRASIL, 2010a)	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento humanizado • Acompanhamento contínuo • Atividades educativas individuais ou em grupo • Criação de espaços de discussão com a equipe multiprofissional • Dispensação de medicamentos e correlatos • Educação em saúde (plano individual e coletivo) • Planejamento e avaliação das ações junto com a equipe • Seguimento farmacoterapêutico • Visita domiciliar • Notificação de suspeitas de eventos adversos, queixas técnicas e erros de medicação ao serviço de farmacovigilância
Caderno de Atenção Básica nº 27, MS (BRASIL, 2010b)	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento farmacoterapêutico • Construção do projeto terapêutico singular • Discussões de casos • Dispensação • Elaboração e revisão de protocolos e linhas de cuidado • Orientação farmacêutica • Visitas domiciliares no contexto da assistência farmacêutica

Caderno de Atenção Básica nº 29, MS (BRASIL, 2010c)

- Rastreamento

Guia do Cuidado Farmacêutico. Rede Farmácia de Minas (MINAS GERAIS, 2010)

- Assistência farmacêutica
 - Conjunto de ações
 - Dispensação
 - Acompanhamento e avaliação da utilização
- Cuidado farmacêutico (serviço)
- Acompanhamento farmacoterapêutico (serviço/ componente da atenção farmacêutica)
- Farmacovigilância (serviço/ conjunto de procedimentos)
- Dispensação: ato/ presta informações para o uso correto de medicamentos e correlatos
- Aconselhamento farmacêutico
- Atenção farmacêutica: modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica
- Serviços farmacêuticos
- Conciliação terapêutica
- Promoção do autocuidado
- Realizar reuniões educativas para grupos de pacientes, segundo o ciclo de vida e/ou a condição clínica
- Funções das farmácias públicas - técnico-gerenciais
- Funções das farmácias públicas na atenção ao paciente:
 - Prestar orientação individual e coletiva quanto ao uso correto de medicamentos aos pacientes
 - Prestar orientação individual e coletiva quanto à farmacologia e elenco de medicamentos selecionados para uso no SUS para os prescritores
 - Realizar o seguimento da farmacoterapia
 - Notificar a ocorrência de reações adversas, realizando farmacovigilância
 - Sinalizar para a equipe de saúde a necessidade de busca ativa de paciente
 - Levar os casos clínicos de pacientes para discussão com as equipes de atenção primária e especializada

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2014b, 2014c, 2014d, 2014e, 2015)

- Cuidado farmacêutico
 - Consulta farmacêutica
 - Serviço de Clínica Farmacêutica, incluindo Identificação do paciente para o serviço; agendamento do paciente para o serviço; acolhimento do paciente; coleta e organização dos dados do paciente; identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; elaboração de plano de cuidado; seguimento individual do paciente
 - Ações de revisão da farmacoterapia
 - Ações de conciliação dos medicamentos
 - Ações para avaliação e promoção da adesão
 - Ações de aconselhamento ao usuário
 - Ações de acompanhamento dos resultados da farmacoterapia
- O termo “ações” compreende as atividades realizadas pelo farmacêutico no serviço de clínica farmacêutica.

Anvisa

RDC nº 44/2009 (farmácias e drogarias) (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009)

- Administração de medicamentos
- Atenção farmacêutica
- Atenção farmacêutica domiciliar
- Declaração de serviços farmacêuticos
- Dispensação
- Educação sanitária
- Encaminhamento a outros profissionais da saúde
- Indicação de medicamentos isentos de prescrição
- Medida de parâmetros fisiológicos (pressão arterial, temperatura corporal) e bioquímicos (glicemia capilar)
- Notificação de ocorrência ou suspeita de evento adverso ou queixa técnica
- Perfuração de lóbulo auricular
- Provisão de serviços em ambiente privativo e confortável e por farmacêutico qualificado

OPAS/OMS	
Glosario de medicamentos (ARIAS, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensação <ul style="list-style-type: none"> – Ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos – Farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento
Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais (MARIN et al., 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência Farmacêutica <ul style="list-style-type: none"> – Atenção Farmacêutica (modelo de prática farmacêutica) – componentes: <ul style="list-style-type: none"> > Acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico > Atendimento farmacêutico > Dispensação > Educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos) > Orientação farmacêutica > Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados • Aconselhamento ao paciente: orientação quanto a uma prescrição, educação em saúde
As redes de atenção à saúde (MENDES, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Deve haver cuidado farmacêutico, provido por farmacêuticos clínicos, compondo de forma orgânica as equipes de atenção primária à saúde. O sistema de assistência farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos e a farmácia clínica. O componente da farmácia clínica envolve: <ul style="list-style-type: none"> - o formulário terapêutico, - a dispensação, - a adesão ao tratamento, - a conciliação de medicamentos, e - a farmacovigilância.

Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013)

- Definição, missão, visão, valores e princípios dos serviços farmacêuticos baseados na atenção primária de saúde
- Serviços farmacêuticos direcionados ao indivíduo, à família e à comunidade (público e privado). São considerados como processo chave porque implicam a relação direta com o usuário/paciente. Incluem as seguintes atividades:
 - > Desenvolver e apoiar programas e atividades de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde do usuário e da comunidade
 - > Dispensar medicamentos
 - > Orientar o usuário
 - > Revisar o uso de medicamentos
 - > Acompanhamento/Seguimento farmacoterapêutico (serviço)
 - > Visita domiciliar (serviço)
 - > Apoiar a automedicação responsável
 - > Participar de programas de farmacovigilância e de garantia da segurança do paciente.
- Processos estratégicos dos serviços farmacêuticos: proporcionar informação sobre os medicamentos; planejar, implementar, e avaliar os serviços farmacêuticos de forma integrada nas Redes de Atenção à Saúde, promover educação permanente
- Estas atividades podem ser realizadas em um estabelecimento farmacêutico ou em outros lugares.
- Serviços de atenção farmacêutica

OPAS e outras entidades

Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002)

- Assistência Farmacêutica
 - Atenção farmacêutica (modelo de prática farmacêutica) – componentes:
 - > Acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico
 - > Atendimento farmacêutico
 - > Dispensação (Arias, 1999)
 - > Educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos)
 - > Orientação farmacêutica
 - > Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

A Assistência Farmacêutica no SUS – Coleção para Entender a Gestão do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011)

- Assistência farmacêutica (Política Nacional de Assistência Farmacêutica, 2004)
- Atenção farmacêutica (modelo de prática farmacêutica; componentes – conceito da proposta de Consenso 2002)
- Acompanhamento farmacoterapêutico (ficha farmacoterapêutica)
 - sua implantação nas farmácias pode ser um dos meios disponíveis para assegurar a qualificação e a humanização do atendimento ao usuário
- Dispensação como ato (conceito: Arias 1999/Política Nacional de Medicamentos, 1998) Precisa ser encarada pelo gestor como um processo complexo
- Orientação ao paciente
- A inclusão do farmacêutico entre os profissionais que podem compor a equipe do NASF traz a oportunidade de aproximar este profissional dos demais profissionais que atuam no sistema público
- Serviços farmacêuticos

Conselho Federal de Farmácia

Manual Básico de Farmácia Hospitalar (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 1997)

- Aconselhamento ao paciente (orientação sobre medicamentos prescritos, educação)

Resolução/CFF nº 357/2001 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2001)

- Dispensação (atividade privativa do farmacêutico)
- “Atribuição indelegável, não podendo ser exercida por mandato nem representação”
- Trata do processo de dispensação dos medicamentos sob prescrição, genéricos, sujeitos a controle especial, manipulados, homeopáticos, isentos de prescrição e fitoterápicos. Aborda-se, também, a dispensação de outros produtos para a saúde
- Automedicação responsável
 - Análise das necessidades de saúde dos usuários, seus sintomas e características individuais para a tomada de decisão:
 - > recomendação de assistência médica
 - > informação/educação sanitária
 - > dispensação de um medicamento isento de prescrição
- Informação/educação sanitária
- Acompanhamento do paciente
 - Registrado por meio do perfil farmacoterapêutico
- Aplicação de injetáveis
- Realização de pequenos curativos
- Nebulização/inalação
- Verificação da temperatura e pressão arterial
- Determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos
- Colocação de brincos
- Assistência farmacêutica domiciliar
- Atenção farmacêutica

Resolução/CFF nº. 467/2007 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2007)

- Dispensação
- Orientação farmacêutica
- Prescrição de magistrais isentos de prescrição (proxi)
 - “Manipular, dispensar e comercializar medicamentos isentos de prescrição, bem como cosméticos e outros produtos farmacêuticos magistrais, independente da apresentação da prescrição.”
- Prescrição de magistrais por refil ou continuidade de prescrição (proxi)
 - “Decidir pela manipulação, dispensação e comercialização de medicamentos de uso contínuo e de outros produtos farmacêuticos magistrais, anteriormente aviados, independente da apresentação de nova prescrição.”

Resolução/ CFF nº 477/2008 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2008a)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensação de plantas medicinais e seus derivados, fitoterápicos manipulados e industrializados • Educação em saúde • Atenção farmacêutica • Automedicação responsável • Aconselhamento • Acompanhamento farmacoterapêutico
Resolução/ CFF nº 499/2008 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2008b)	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento da terapêutica farmacológica <ul style="list-style-type: none"> – Objetivo: identificar, prevenir e solucionar problemas relacionados com a terapêutica farmacológica: 1. necessidade de um medicamento adicional; 2. uso de medicamento que é desnecessário; 3. ausência de resposta terapêutica; 4. utilização de dose subterapêutica; 5. presença de reação adversa a medicamento; 6. emprego de superdose; 7. não adesão • Educação sanitária (foco individual e participação em campanhas de saúde) • Assistência farmacêutica domiciliar • Determinação de parâmetros bioquímicos (glicose) • Verificação da temperatura e pressão arterial • Aplicação de medicamentos injetáveis • Realização de curativos de pequeno porte • Execução de procedimentos de inalação e nebulização • Colocação de brincos • Assistência farmacêutica domiciliar
Resolução/ CFF nº 505/2009 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2009a)	<ul style="list-style-type: none"> • Mantém apenas a determinação quantitativa do teor sanguíneo de glicose (altera a Resolução/ CFF nº 499/2008)
Resolução/ CFF nº 542/2011 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2011a)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensação e controle de antimicrobianos (como atividade privativa) • Educação/orientação ao paciente/usuário • Alterada pela Resolução/CFF nº 545/2011 e pela Resolução/CFF nº 571/2013)

Resolução/CFF nº 545/2011 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2011b)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensação de medicamentos antimicrobianos
Resolução/CFF nº 546/2011 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2011c). Revogada pela Resolução/ CFF nº 622/2016	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação farmacêutica de plantas medicinais e fitoterápicos isentos de prescrição <ul style="list-style-type: none"> – Serviço prestado somente pelo farmacêutico – Ato registrado e documentado – Educação em saúde considerada como um dos aspectos da indicação – Usuário/paciente, por iniciativa própria solicita indicação. Em face de sinais/sintomas apresentados, o farmacêutico poderá encaminhá-lo a outro profissional de saúde ou dispensar-lhe uma planta medicinal e/ou fitoterápico isento de prescrição.
Resolução/ CFF nº 568/2012 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência farmacêutica <ul style="list-style-type: none"> - Conjunto de ações - Dispensação - Acompanhamento e avaliação da utilização • O farmacêutico exerce funções clínicas nos serviços de atendimento pré-hospitalar, farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde • Dispensação • Cuidado ao paciente • Gerenciamento de risco • Avaliação farmacêutica das prescrições • Participar de ações assistenciais integrais • Realizar ações de farmacovigilância, tecnovigilância e hemovigilância e demais vigilâncias • Promover ações de educação para o uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde • Desenvolver e participar de ações assistenciais multidisciplinares (registrar atividades, ações e intervenções)
Resolução/ CFF nº 574/2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013d)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensação • Aplicação de vacinas (como serviço, documentado) • Orientação farmacêutica • Notificar ao serviço de farmacovigilância da vigilância sanitária, em face da não conformidade da qualidade da vacina • Orientação farmacêutica

Resolução/ CFF nº 578/2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013e)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensação • Desenvolver ações para a promoção do uso racional de medicamentos • Promover a inserção da assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde (RAS) e dos serviços farmacêuticos
Resolução/ CFF nº 585/2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013f)	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças e de outros problemas de saúde • Presta cuidados à saúde, em todos os lugares e níveis de atenção, em serviços públicos ou privados • Lista as atribuições que definem as atividades que, uma vez agrupadas, constituem distintos serviços/ procedimentos farmacêuticos <ul style="list-style-type: none"> - Rastreamento em saúde - Revisão da farmacoterapia - Acompanhamento farmacoterapêutico - Conciliação terapêutica - Determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos - Educação em saúde - Análise da prescrição de medicamentos - Monitoração de níveis terapêuticos de medicamentos, por meio de dados de farmacocinética clínica • Prescrição farmacêutica • As atribuições clínicas do farmacêutico visam a atender às necessidades de saúde do paciente, da família, dos cuidadores e da sociedade • Serviços farmacêuticos são “prerrogativa do farmacêutico legalmente habilitado e registrado no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição” • Proporcionar cuidado ao paciente, à família e à comunidade • Promover o uso racional de medicamentos • Otimizar a farmacoterapia • Gerar, difundir e aplicar novos conhecimentos • Promover ações para prevenção, identificação e notificação de incidentes e queixas técnicas relacionados aos medicamentos e a outras tecnologias em saúde

Resolução/ CFF nº 586/2013 (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013g)	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição farmacêutica (ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde)
---	---

Organização Nacional de Acreditação

Manual Brasileiro de Acreditação, 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência Farmacêutica <ul style="list-style-type: none"> - Atividades (segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, acompanhamento e avaliação da utilização, difusão de informação sobre medicamentos e educação permanente dos profissionais da saúde e do paciente)
--	---

FUNED/MG

Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde (GOMES et al., 2010)	<ul style="list-style-type: none"> • As ações assistenciais: <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento da adesão ao tratamento - Dispensação especializada - Conciliação de medicamentos - Gestão de caso - Atendimento farmacêutico a demanda espontânea - Grupos operativo-educativos - Visitas domiciliares
--	---

FIP/OMS

Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011)

- Práctica de farmacia centrada en la atención del paciente
- Buenas prácticas en farmacia (responden a las necesidades de las personas que utilizan los servicios farmacéuticos)
- Gestión de tratamientos farmacológicos (servicio o conjunto de servicios distintos que optimiza los resultados terapéuticos de pacientes individuales)
- Dispensación
- Perfil farmacoterapéutico del paciente
- Los servicios de gestión de tratamientos farmacológicos son independientes de la provisión de medicamentos, pero pueden ocurrir de forma simultánea
- Función 1: Preparar, obtener, almacenar, asegurar, distribuir, administrar, dispensar y eliminar medicamentos
 - Tareas: a) Administrar medicamentos, vacunas y otros medicamentos inyectables (Los farmacéuticos deben participar en programas de tratamiento directamente observados (DOT, por sus siglas en inglés) en áreas como el control de drogadicciones, VIH/SIDA, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual); b) Dispensar medicamentos
- Función 2: Ofrecer una gestión eficaz de los tratamientos farmacológicos
 - Tareas: a) Evaluar el estado y las necesidades de salud del paciente (prevención de las enfermedades y la promoción de un estilo de vida saludable); b) Gestionar el tratamiento farmacológico de los pacientes (proporcionar asesoramiento o recomendaciones al prescriptor sobre la farmacoterapia; coordinar una gestión eficaz de la farmacoterapia; establecer un protocolo para derivar pacientes a los profesionales de la salud; c) Controlar el progreso y los resultados del paciente (realizar pruebas en el lugar de atención - "point of care" - a los pacientes con el objetivo de controlar y ajustar, cuando sea necesario, el tratamiento); d) Ofrecer información sobre medicamentos y problemas relacionados con la salud
- Función 4: Ayudar a mejorar la efectividad del sistema sanitario y la salud pública
 - Tareas: a) Difundir información contrastada sobre medicamentos y diversos aspectos del autocuidado, educar a los pacientes sobre cómo evaluar y utilizar información sobre cuidados de salud en internet o en otros formatos; b) Participar en servicios y actividades de prevención

Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos (INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011)

Las organizaciones profesionales de farmacéuticos nacionales necesitan trabajar junto con sus entidades reguladoras y otras organizaciones de profesionales de la salud para prestar soporte a los farmacéuticos de sus países, mediante la provisión de actividades de desarrollo profesional continuo, como programas de formación a distancia, y el establecimiento de normas nacionales sobre los servicios farmacéuticos y los objetivos de su ejercicio profesional.

Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Resolução CNE/CES nº 2, de 19 de fevereiro de 2002 (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002)

- Boas práticas de dispensação
- Atuar em todos os níveis de atenção à saúde (desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo/resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo)
- Atenção farmacêutica individual e coletiva na área das análises clínicas e toxicológicas
- Gestão de serviços farmacéuticos
- Farmacovigilância

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Anais do I Seminário Brasileiro de Farmácia Clínica. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (SILVA et al., 1981)

- Necessidade de serviços farmacêuticos para o público
- Farmácia Clínica (campo de atividade total das ciências farmacêuticas e que o farmacêutico clínico pode servir de apoio a pacientes, ao público e a outros membros da equipe de saúde)
- Farmacêutico clínico (pode auxiliar na decisão de uma terapia mais racional, melhor planejada)
- Serviços farmacêuticos
- Entrevista ao paciente
- Diálogo farmacoterapêutico
- Evolução clínica
- Orientação ao paciente em alta hospitalar
- História farmacológica
- Prática farmacoterapêutica
- Atividades desenvolvidas pelo farmacêutico clínico:
 - Supervisão e/ou controle de medicamentos para que cada paciente receba os medicamentos adequados e de modo ótimo
 - Seleção de uma farmacoterapia eficaz e a custo razoavelmente baixo
 - Obtenção e manutenção de uma história farmacológica atualizada
 - Detecção, identificação e avaliação de reações adversas a medicamentos e/ou suas interações
 - Promoção de educação ao paciente
 - Provisão e elaboração de informação sobre medicamentos
 - Sugestão de medicamentos a pacientes com enfermidades leves, que não requeiram atenção de médico
 - Avaliação da farmacoterapia de pacientes
 - Educação à comunidade sobre aspectos de saúde pública
 - Análise, junto à enfermagem, da possível ocorrência de incompatibilidades medicamentosas, quando da preparação de soluções para uso parenteral

Anais do I Seminário Brasileiro de Farmácia Clínica. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (SILVA et al., 1981)

- Atividades desenvolvidas pelo farmacêutico clínico com especificidade
 - Individualizar a terapia com base nos estágios fisiopatológicos do paciente
 - Identificar e planificar metas terapêuticas
 - Sugerir com mais profundidade alternativas para uma terapia inicial
 - Utilizar, fomentar e aprimorar conceitos de farmacocinética
 - Iniciar e fomentar tratamento segundo normas estabelecidas em casos agudos, tóxicos ou crônicos
 - Conhecer e avaliar a literatura biomédica em geral
 - Trabalhar em equipe, especialmente com farmacólogos clínicos para melhorar ou avaliar conceitos sobre novos agentes terapêuticos
- Reconhecimento de Natal como polo pioneiro da implantação da Farmácia Clínica no país

9 770101 426016



ISBN 977-01-01426-01-6

APOIO



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas



REALIZAÇÃO



ProFar
cuidado farmacêutico



Conselho
Federal de
Farmácia