



ATIVIDADES E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO SUS

PROPOSTA PARA A
GESTÃO MUNICIPAL

BRASÍLIA, DF
2020



ATIVIDADES E SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO SUS

PROPOSTA PARA A
GESTÃO MUNICIPAL

BRASÍLIA, DF
2020



PRESIDENTE

Walter da Silva Jorge João

VICE-PRESIDENTE

Lenira da Silva Costa

SECRETÁRIO-GERAL

Erlandson Uchôa Lacerda

TESOUREIRO

João Samuel de Morais Meira

CONSELHEIROS FEDERAIS EFETIVOS

Romeu Cordeiro Barbosa Neto
Mônica Meira Leite Rodrigues
Marcos Aurélio Ferreira da Silva
Carlos André Oeiras Sena
Altamiro José dos Santos
Egberto Feitosa Filho
Forland Oliveira Silva
Gedayas Medeiros Pedro
Ernestina Rocha de Sousa e Silva
Luís Marcelo Vieira Rosa
Gerson Antônio Pianetti
Osnei Okumoto
José Ricardo Arnaut Amadio
Walter da Silva Jorge João

João Samuel de Morais Meira
José de Arimatea Rocha Filho
Ítalo Sávio Mendes Rodrigues
Luiz Gustavo de Freitas Pires
Maely Peçanha Fávero Retto
Lenira da Silva Costa
Jardel Teixeira de Moura
Erlandson Uchôa Lacerda
Josué Schostack
Hortência Salett Muller Tierling
Antonio Geraldo Ribeiro dos Santos Júnior
Maria de Fátima Cardoso Aragão
Martha de Aguiar Franco Ramos

1. Apresentação

Em decorrência do início de um novo ciclo de gestão municipal, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) elaborou proposições no intuito de colaborar com as ações e programas que venham ao encontro do fortalecimento de um sistema municipal de saúde, de caráter público, universal, resolutivo e sustentável, que garanta o direito da sociedade à Assistência Farmacêutica integral, orientada para a qualidade do acesso e do uso racional de medicamentos.

Instância máxima do sistema Conselho Federal e regionais de Farmácia, composto atualmente por mais de 230 mil Farmacêuticos em atividade no país, o CFF ratifica o seu posicionamento institucional de colaboração e parceria pelo avanço da saúde pública e a promoção da assistência farmacêutica, porém jamais afastando-se do dever legal de regulamentar, fiscalizar e orientar sobre o exercício profissional. Cabe ainda destacar que estão sob a jurisdição dos conselhos, cerca de 90 mil farmácias, quase 10 mil laboratórios de análises clínicas, aproximadamente 500 indústrias farmacêuticas, quatro mil e quinhentas distribuidoras de medicamentos e 64 grandes importadoras de medicamentos.

As transições demográfica e epidemiológica observadas na sociedade, a complexidade crescente dos regimes terapêuticos, o aumento da morbimortalidade relacionada aos medicamentos, e sua repercussão nos sistemas de saúde, exigem um novo perfil do farmacêutico, engajado no cuidado direto ao paciente e na promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. O direito à saúde é um direito fundamental, posto que está inserido nos direitos sociais e como tal deve ser preservado a todos os cidadãos.

O Brasil é um país de dimensões continentais e de diversidades econômica, social, cultural e política. Os problemas de saúde são complexos e representam um grande desafio para os gestores públicos, na medida em que exigem a formu-

lação de políticas materializadas em programas e ações, resultantes da pactuação entre o Estado e a sociedade civil, que possibilitem efetividade da assistência e otimização de recursos públicos.

Como sabemos, os medicamentos são a principal ferramenta terapêutica da medicina moderna e, excetuando-se as despesas com pessoal, representam o maior gasto em saúde, tanto no plano individual como no familiar. A garantia do acesso aos medicamentos e a promoção do seu uso de maneira qualificada e racional constituem uma das prioridades e maiores desafios em saúde pública.

No Brasil, em que pesem os esforços já realizados, a garantia do acesso aos medicamentos essenciais enfrenta crescentes dificuldades, tais como: ineficiência no planejamento e na gestão, dificuldades de aquisição por parte de muitos gestores, judicialização excessiva e crescente, subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), limitações da estrutura de armazenagem/distribuição e dispensação nos estados e municípios, aumento da demanda por novas incorporações, desafios à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico nessa área, dificuldade de regulação do mercado farmacêutico, entre outras.

A concretização de uma política de saúde que atenda às demandas sociais adquire relevância se for levado em conta que, passados 30 anos de criação do SUS – em que pesem os notáveis avanços alcançados na cobertura do Sistema e na melhoria de vários indicadores de saúde – persistem grandes desafios, entre os quais a constatação da existência de lacunas assistenciais em localidades mais remotas do país ou naquelas regiões de maior vulnerabilidade social.

Apesar da crescente evolução dos gastos públicos com a aquisição de medicamentos (de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para R\$ 18,6 bilhões em 2016), parte do acesso é garantida pelo orçamento familiar¹. O IBGE estimou que, em 2012, nas famílias de baixa renda, os medicamentos figuraram como o principal gasto com saúde, na ordem de 74,2%.

1. Vieira, Fabiola Sulpino. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Brasília : Rio de Janeiro : Ipea, 2018.

As famílias precisam gastar muito com medicamentos porque o Sistema Único de Saúde não consegue suprir essa necessidade. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, em 2019, apenas 30,5% das pessoas, o que corresponde a 6,2 milhões de indivíduos, conseguiram obter, no serviço público de saúde, pelo menos um dos medicamentos prescritos no último atendimento de saúde. Sobressaíram-se as regiões Centro-Oeste (24,9%) e Nordeste (28,9%) com as menores proporções, enquanto a Região Sul, com a maior (36,2%) ².

O acesso a medicamentos, portanto, permanece uma questão de relevância para as políticas públicas de saúde.

Ademais, observa-se a pouca resolutividade da assistência aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). A literatura internacional destaca que essas condições representam uma carga maior sobre as populações de baixa renda e aquelas em situação de maior vulnerabilidade, em parte devido aos riscos de exposição, bem como à menor cobertura ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde³. O quadro é preocupante, especialmente se for considerada a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) a respeito dos custos socioeconômicos das DCNTs na economia de países como o Brasil – na ordem de US\$ 7 trilhões durante o período de 2011 a 2025 – e em relação aos indicadores globais de mortalidade (16 milhões de mortes prematuras todos os anos).⁴

Diante deste cenário, vicejam evidências científicas, clínicas e econômicas que enviam uma mensagem muito clara para governos, legisladores e sociedade: a inserção de farmacêuticos nos sistemas de saúde reduz custos, amplia a cobertura do cuidado e ajuda a melhorar os

indicadores de saúde, a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente.

Os farmacêuticos auxiliam na identificação de falhas no processo de uso de medicamentos, compreendem as causas da não adesão, avaliam os resultados e propõem soluções para os problemas da farmacoterapia. O foco das atividades do farmacêutico nos sistemas de saúde consiste, principalmente, na otimização da terapia farmacológica, o que significa colaborar para garantir o máximo de efetividade dos tratamentos, a ampliação e melhoria da cobertura assistencial nos serviços de saúde, minimizando riscos e custos, e potencializando benefícios decorrentes do uso de medicamentos, contribuindo assim para a prevenção de doenças, incluindo por meio da prestação de serviços de vacinação, a promoção e recuperação da saúde, e a segurança do paciente.

Os serviços farmacêuticos dão suporte à equipe multiprofissional de saúde e às ações de cuidado ofertadas ao paciente, à família e à comunidade. O cerne deste documento não deixa dúvidas quanto à sua proposição: os farmacêuticos encontram-se mobilizados e dispostos a ajudar o município.

Nesse contexto, o CFF sugere a realização de um adequado diagnóstico situacional e a definição de prioridades no campo da Assistência Farmacêutica (AF), com vistas à revisão dos planos plurianuais da saúde municipais, em prol do atendimento às principais necessidades dos usuários do SUS, em especial daqueles menos favorecidos.



Dr. Walter da Silva Jorge João
Presidente do Conselho Federal de Farmácia

2. Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério da Economia. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro RJ 2020.

3. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet. 2007;370(9603):1929-38.

4. WHO. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO, 2014.

2. Justificativa

Estima-se que o custo dos problemas relacionados com o uso de medicamentos é igual ou superior ao gasto com a sua aquisição e fornecimento^(1, 2). No Brasil, os dados apontam que o custo médio para tratar pacientes que comparecem a um serviço de emergência devido a morbidades relacionadas ao medicamento (MRMs) é de aproximadamente R\$ 2.200⁽³⁾. Avalia-se, ainda, que as MRMs sejam responsáveis por gerar um impacto econômico para o sistema de saúde na ordem de 60 bilhões de reais anuais. Ou seja, para cada um real gasto com medicamentos, pelo Ministério da Saúde, cinco reais são gastos para manejar essas morbidades⁽⁴⁾.

Por outro lado, grande parte dos custos supracitados são evitáveis e as evidências disponíveis têm sugerido um impacto econômico favorável em decorrência da atuação clínica do farmacêutico junto aos demais membros equipe de saúde⁽⁵⁾. Estudos consideram que as taxas de evitabilidade das MRMs variam na faixa de 14%

a 62%^(6, 7, 8, 9), gerando desperdício de recursos financeiros. Muitos desses problemas evitáveis se originam no momento da prescrição e são geralmente dependentes da dose. Prescrições inadequadas e falta de monitorização do paciente são as causas mais comuns de uma MRM evitável⁽¹⁰⁾.

A inclusão do farmacêutico na equipe de saúde fornece uma boa relação de custo-efetividade⁽¹¹⁾ e pode contribuir para alcançar resultados terapêuticos amplamente favoráveis^(12, 13, 14, 15, 16, 17), com a melhora nos desfechos clínicos de diversas condições de saúde como diabetes^(18, 19, 20), hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares^(21, 22, 23, 24, 25), dislipidemias⁽²⁶⁾ e asma^(27, 28). Esse profissional pode também contribuir para o aumento das taxas de adesão à farmacoterapia^(29, 30, 31, 32, 33), auxiliar no processo da desprescrição e na redução da polifarmácia desnecessária^(34, 35, 36), na melhoria da percepção da qualidade de vida⁽³⁷⁾, da função cognitiva em idosos⁽³⁸⁾ e da qualidade da atenção à saúde⁽³⁹⁾.

3. Fundamentação

3.1 Fundamentação legal

O exercício da atividade profissional farmacêutica encontra-se sob a jurisdição do CFF, que regulamenta e normatiza, no âmbito da sua competência, delegada pela Lei nº 3.820/1960, as atribuições da profissão no país.

Não obstante a referida lei, as atividades descritas neste documento fundamentam-se nos seguintes dispositivos normativos:

- Portaria de Consolidação/GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, em seu Anexo XXVII, que dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e, em seu Anexo XXVIII, que dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Farma-

cêutica (PNAF);

- Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que “dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas”;
- Decreto Federal nº 20.377, de 8 de setembro de 1931, que “aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil”;
- Decreto Federal nº 85.878, de 7 de abril de 1981, que “estabelece normas para execução da Lei Federal nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, que dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica, e dá outras providências”;
- Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) nº 397, de 9 de outubro de 2002, “que institui a Classificação Brasi-

leira de Ocupações – CBO” (atualizada em 31 de janeiro de 2013);

- Resolução/CFF nº 357, de 20 de abril de 2001, que “aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia”;
- Resolução/CFF nº 572, de 25 de abril de 2013, que “dispõe sobre a regulamentação das especialidades farmacêuticas, por linhas de atuação”;
- Resolução/CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013, que “regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, e dá outras providências”;
- Resolução/CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013, que “regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências”;
- Resolução/CFF nº 649, de 28 de setembro de 2017, que “dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no subsistema de atenção à saúde indígena”;
- Resolução/CFF nº 654, de 22 de fevereiro de 2018, que “dispõe sobre os requisitos necessários à prestação do serviço de vacinação pelo farmacêutico, e dá outras providências”;
- Resolução/CFF nº 662, de 25 de outubro de 2018, que “estabelece as diretrizes para a atuação do farmacêutico no atendimento à pessoa com deficiência”;
- Resolução de Diretoria Colegiada/Anvisa nº 197/2017, que regulamenta os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação para uso humano;
- Resolução de Diretoria Colegiada/Anvisa nº 430/2020 - regulação das boas práticas de distribuição, armazenagem e de transporte de medicamentos.

3.2 Fundamentação técnica

Para a fundamentação técnica dos serviços e atividades descritos nesta proposta, foram utilizadas as seguintes referências básicas:

- “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: Contextualização e arcabouço conceitual”, elaborada pelo CFF⁽⁴⁰⁾;
- “Cadernos de Atenção Básica”, série de publicações da Diretoria de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde^(41, 42, 43, 44, 45);
- “Práticas farmacêuticas no núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica”, elaborada pelo DAB⁽⁴⁶⁾;
- “Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud”, documento de posição da Organização Panamericana da Saúde (OPAS)⁽⁴⁷⁾;
- “Developing pharmacy practice: A focus on patient care”, elaborada pela OMS, em colaboração com a International Pharmaceutical Federation (FIP)⁽⁴⁸⁾;
- “Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)”, elaborada pela Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) e adotada no Brasil pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)⁽⁴⁹⁾.

As atividades descritas a seguir encontram-se organizadas em dois grupos de serviços, considerando as competências, atribuições e possibilidades de atuação do farmacêutico no nível da Atenção Primária à Saúde, tendo como referência operacional a estrutura de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a Estratégia Saúde da Família (ESFM) e o território adstrito de municípios e regiões considerados de grande vulnerabilidade social⁴:

- **Serviços técnico-gerenciais:** correspondem às atividades e serviços destinados à gestão logística da assistência farmacêutica na atenção básica, que garantem o acesso a medicamentos, insumos e outros produtos para a saúde.

4. Considerou-se como indicador o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), conforme apresentado no “Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros” pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2015.

- **Serviços clínico-assistenciais:** correspondem às atividades e serviços assistenciais providos por farmacêuticos aos usuários do SUS, integrados e como suporte à equipe multiprofissional, no nível da atenção básica, voltados para a promoção e o cuidado à saúde da pessoa, da família e da comunidade.

Os serviços e as atividades propostos neste documento direcionam-se aos usuários do SUS, pacientes, família e comunidade. Considera-se de especial atenção que os serviços contribuam para a redução da iniquidade em saúde, de modo a assegurar condições assistenciais dignas para pessoas que vivem em localidades remotas ou que constituem grupos vulneráveis.

4. Descrição das atividades e serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde

O quadro abaixo (Quadro 1) descreve, de forma sucinta, o rol de atividades e serviços realizados por farmacêuticos no nível da Aten-

ção Primária à Saúde que devem constar nos Planos Municipais de Saúde, de acordo com a realidade local.

Quadro 1. Tipos de serviços e atividades realizadas por farmacêuticos no nível da Atenção Primária à Saúde

TIPOS DE SERVIÇOS E ATIVIDADES		
SERVIÇOS TÉCNICO-GERENCIAIS	Definição	Objetivos
Seleção Programação Aquisição Armazenagem Distribuição Descarte	Os serviços técnico-gerenciais incluem as atividades de seleção; programação; aquisição; armazenagem; distribuição; dispensação e descarte de medicamentos (incluindo vacinas) e de outros produtos para a saúde	Garantir o acesso a produtos de qualidade, o seu uso racional, o descarte adequado dos resíduos, bem como reduzir o desperdício de recursos do sistema
SERVIÇOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS	Definição	Objetivos
Educação em Saúde	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 ⁽⁴⁰⁾	Desenvolver a autonomia dos pacientes e o comprometimento de todos com a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, e melhoria da qualidade de vida
Rastreamento em saúde	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 consequente orientação e encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento ⁽⁴¹⁾ .	Identificar pessoas subdiagnosticadas ou sob risco de desenvolver uma condição de saúde, orientar sobre medidas preventivas e encaminhar para elucidação diagnóstica e tratamento, quando necessário ⁽¹⁾
Dispensação	Serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamento 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 ⁽⁴⁰⁾	Garantir a segurança do paciente por meio do acesso, da guarda, da utilização e do descarte adequados de medicamentos e de outros produtos para a saúde

Continua na página seguinte >>>

SERVIÇOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS	Definição	Objetivos
Acolhimento da demanda espontânea	Serviço que possibilita o atendimento, a avaliação inicial das necessidades e o encaminhamento das queixas das pessoas que procuram a unidade de saúde. É caracterizado por um processo de trabalho multiprofissional que envolve o processo de escuta, a identificação e avaliação dos sinais de alerta, a identificação de vulnerabilidades sociais e epidemiológicas do atendimento, a classificação de risco para a definição das prioridades de cuidado, a organização da agenda de atendimento e o encaminhamento do paciente de acordo com a sua classificação	Organizar o atendimento da demanda espontânea, facilitar o acesso do usuário e aumentar a resolutividade do serviço de saúde
Apoio ao cuidado de pessoas com problemas de saúde e situações especiais	Serviço pelo qual o farmacêutico, de acordo com a estrutura, organização e processos de trabalho da unidade de saúde, considerando o benefício e a segurança do paciente, bem como a existência de protocolos, diretrizes clínicas ou outras normativas, prevê a prescrição farmacêutica nos casos de repetição de prescrições médicas, no manejo de sinais e sintomas autolimitados e para o fornecimento de medicamentos em situações de emergência, bem como auxilia o paciente a adotar modos de vida saudáveis	Ampliar o acesso do paciente e apoiar a equipe de saúde na provisão de cuidado, com vistas à promoção e proteção da saúde, prevenção e tratamento de condições de saúde e situações especiais, contribuindo para a melhoria da efetividade e da cobertura assistenciais
Conciliação de medicamentos	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 ⁽⁴⁰⁾	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
Revisão da farmacoterapia	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 ⁽⁴⁰⁾	Minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos
Acompanhamento farmacoterapêutico	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 ⁽⁴⁰⁾	Prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da efetividade e da qualidade da atenção à saúde
Serviços envolvendo práticas integrativas e complementares	Serviço pelo qual o farmacêutico avalia, prescreve e orienta o paciente, ou grupos de pacientes, sobre as práticas de atenção à saúde não alopáticas, englobando o uso de plantas medicinais, produtos fitoterápicos, homeopáticos, antroposóficos, bem como a respeito de outras práticas integrativas e complementares (PICs) reconhecidas pelo SUS	Garantir a adesão do paciente, o uso seguro e com qualidade, das práticas integrativas e complementares em saúde
Serviço de vacinação	Serviço que atende às necessidades de saúde relativas à imunização e ao estado vacinal da pessoa, compreende as seguintes etapas: a) acolhimento da demanda relativa ao estado vacinal; b) identificação das necessidades e problemas de saúde, situações especiais, precauções, contraindicações relativas à vacinação e, quando couber, análise da prescrição médica; c) definição da conduta a ser adotada, incluindo o uso da vacina, o esquema de administração e os insumos necessários; d) preparo, administração da vacina indicada e descarte de resíduos; e) educação da pessoa sobre os cuidados e as precauções relativos à vacinação; f) acompanhamento e, se necessário, atendimento da pessoa quanto aos possíveis problemas relacionados à imunização; g) encaminhamento a outro profissional ou serviço de saúde, quando necessário	Prevenir doenças e proteger a sociedade. Contribuir para o aumento da cobertura vacinal

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, entre eles: determinação de parâmetros clínicos, administração de medicamentos; organização personalizada dos medicamentos (pill boxes), testes rápidos, aferição de parâmetros fisiológicos e antropométricos.

O Quadro 1 resume as diversas ações que visam qualificar a atenção à saúde e que poderiam ser implantadas no município nos diversos campos de atuação.

Prioridades para o eixo: clínico-assistencial

- Seleção e inclusão de serviços clínicos e procedimentos providos por farmacêuticos que contribuam para uma melhor adesão aos tratamentos, otimização do processo de uso de medicamentos, tendo o farmacêutico, integrado à equipe multiprofissional como referência para o paciente em termos de farmacoterapia.
- Priorizar a implantação dos serviços clínicos visando melhorar o processo de uso de medicamentos e aprimorar o controle das doenças e o acompanhamento, em especial de pacientes:
 - polimedicados e com doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis (hipertensão, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites B e C);
 - em uso de anticoagulantes orais;
 - em uso de dispositivos inalatórios;
 - em uso de insulina.
- Criação/ampliação de Programa Municipal para a disponibilização de Insumos para o tratamento e o controle do Diabetes. Este programa inclui a consulta inicial pelo farmacêutico, para educação em saúde, a dispensação de medicamentos e insumos; bem como o acompanhamento da resposta terapêutica, com critérios definidos em protocolos para racionalizar a inclusão dos pacientes no programa e a concessão desses produtos.
- Inserir a força de trabalho dos farmacêuticos no planejamento das ações e na prestação de serviços de vacinação, bem como incluir as farmácias privadas nas campanhas de imunização, visando ao aumento da cobertura vacinal.
- Incentivar a execução de testes rápidos (glicemia capilar, HIV, Covid-19) e de parâmetros fisiológicos (medida da pressão arterial, pico de fluxo) nas farmácias públicas, com vistas ao rastreamento em saúde e ao diagnóstico precoce de doenças.
- Viabilizar e estimular o acesso dos farmacêuticos ao prontuário eletrônico do SUS, para registro de seus atos profissionais.
- Padronizar a inserção dos códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) que já possuem vinculação da CBO do farmacêutico, com o objetivo de ampliar o repasse de recursos financeiros ao município.
- Implantar o programa Municipal de Segurança do Paciente com objetivo de regulamentar a atuação dos Núcleos de Segurança do Paciente.
- Implantar a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, com o objetivo de disseminar, incentivar e legitimar a utilização dessas práticas na atenção primária e garantir o acesso dessas terapias aos usuários do SUS.
- Implantar programa de fitoterapia ou de “farmácia viva”. Pode-se articular com programas de agricultura familiar para a produção de plantas medicinais e instalação das hortas medicinais. A prefeitura pode estruturar área na farmácia para processamento das plantas e manipulação de produtos fitoterápicos, pelos farmacêuticos. Esses profissionais também podem ser inseridos em programa municipal que inclua outras

páticas integrativas para as quais estejam habilitados.

- Incentivar as ações da Vigilância em Saúde, em especial a Vigilância Sanitária, com ampliação dos quadros de profissionais técnico habilitados na forma da lei e, modernizar a estrutura atual, de forma a promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária.

Prioridades para o eixo: técnico-gerencial

- Criação/manutenção/expansão de um Departamento de Assistência Farmacêutica.
- Dar transparência à população sobre os estoques de medicamentos e de outros produtos para a saúde, por meio de aplicativos, interfaces web.
- Instituir e implantar a Política Municipal de Assistência Farmacêutica, cujos investimentos possam manter a regularidade de acesso aos medicamentos e qualidade dos serviços farmacêuticos prestados.
- Ampliar a rede de frios para contemplar, além de vacinas e imunobiológicos, outros medicamentos que requerem condições especiais de armazenagem, como as insulinas.
- Diagnóstico da estrutura atual das farmácias, CAF do município.
- Incorporar o farmacêutico na estratégia saúde da família.
- Criação/manutenção/expansão das atividades da Comissão de Farmácia e Terapêutica, a fim de promover o uso racional de medicamentos, reduzir os custos com aquisição e judicialização, bem como subsidiar a atualização permanente da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume).
- Criação da Farmácia Móvel para garantia de acesso aos medicamentos e ao farmacêuti-

co, aos usuários do SUS que vivem em regiões rurais e distantes.

Para a operacionalização das prioridades apresentadas nos eixos clínico-assistencial e técnico-gerencial, algumas medidas estruturais são necessárias:

- Modernização das farmácias do município.
- Ampliar a capacidade de armazenagem da Central de Abastecimento Farmacêutico.
- Incluir na Rede de Frio outros medicamentos, além de vacinas, que necessitam de condições especiais de armazenagem como as insulinas.
- Implantar a Política Municipal de Logística Reversa para medicamentos.
- Definir número de consultórios farmacêuticos a serem implantado ao final do primeiro ano de gestão.
- Implantação da prescrição eletrônica integrada ao sistema de dispensação com vistas a facilitar o acompanhamento do paciente pela equipe multidisciplinar; desburocratizar o processo e permitir mais segurança ao usuário e profissionais de saúde.
- Contratação de pessoal conforme as necessidades geradas.
- Utilização de ferramentas tecnológicas para conhecimento do histórico de consumo de medicamentos por paciente/serviço de saúde, perfil de uso de medicamentos e indicadores de saúde (internação, mortalidade, hemoglobina glicada), alertas para pacientes em abandono terapêutico.

Considerações finais

Colocamo-nos à disposição para colaborar na definição e operacionalização de ações que possam contar com a participação dos farmacêuticos como membro da equipe de saúde que podem contribuir para a qualificação do cuidado na APS.

Referências

- ¹ JOHNSON JA, BOOTMAN JL. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *Arch Intern Med*. 1995; 155:1949-1956.
- ² ERNST FR, GRIZZLE AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc*. 2001; 41:192-199.
- ³ FREITAS, G. R. M.; TRAMONTINA, M. Y. ; HUGHES, D. ; BALBINOTTO, G. ; HEINECK, ISABELA . Economic Impact of Emergency Visits due to Drug-Related Morbidity on a Brazilian Hospital. *Value in Health Regional Issues* 2007; 14: 1-8.
- ⁴ FREITAS, GRM; NEYELOFF, JL; BALBINOTTO, G; HEINECK, I. Drug-Related Morbidity in Brazil: A Cost-of-Illness Model. *Value in Health Regional Issues*. 2018; 17: 150-157, 2018.
- ⁵ KULCHAITANAROAJ P1, BROOKS JM, CHAIYAKUNAPRUK N, GOEDKEN AM, CHRISCHILLES EA, CARTER BL. Cost-utility analysis of physician-pharmacist collaborative intervention for treating hypertension compared with usual care. *J Hypertens*. 2017 Jan;35(1):178-187.
- ⁶ WINTERSTEIN AG, SAUER BC, HEPLER CD, POOLE C. Preventable drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother*, 2002; 36(7– 8):1238–1248.
- ⁷ HOWARD RL, AVERY AJ, HOWARD PD, et al. Investigation into the reasons for preventable drug related admissions to a medical admissions unit: observational study. *Qual Saf Health Care* 2003;12:280–5.
- ⁸ HAKKARAINEN KM, ANDERSSON SUNDELL K, PETZOLD M, HÄGG S. Prevalence and perceived preventability of self-reported adverse drug events—a population –based survey of 7099 adults. *PLoS One*. 2013; 4;8(9):e73166.
- ⁹ HAKKARAINEN KM, HEDNA K, PETZOLD M, et al. Percentage of patients with preventable adverse drug reactions and preventability of adverse drug reactions – a meta-analysis. *PLoS One* 2012;7(3):e33236
- ¹⁰ KANJANARAT P, WINTERSTEIN AG, JOHNS TE, HATTON RC, GONZALEZ-ROTHI R, SEGAL R. Nature of preventable adverse drug events in hospitals: a literature review. *Am J Health Syst Pharm*, 2003; 60: 1750–1759.
- ¹¹ TOUCHETTE DR, DOLORESCO F, SUDA KJ et al. Economic evaluations of clinical pharmacy services: 2006-2010. *Pharmacotherapy*. 2014 Aug;34(8):771-93.
- ¹² FURBISH SML, KROEHL ME, LOEB DF et al. A Pharmacist-Physician Collaboration to Optimize Benzodiazepine Use for Anxiety and Sleep Symptom Control in Primary Care. *J Pharm Pract*. 2017 Aug;30(4):425-433.
- ¹³ SMITH SM, CARRIS NW, DIETRICH E et al. Physician-pharmacist collaboration versus usual care for treatment-resistant hypertension. *J Am Soc Hypertens*. 2016 Apr;10(4):307-17. doi: 10.1016/j.jash.2016.01.010. Epub 2016 Jan 18.
- ¹⁴ ISETTS BJ, BUFFINGTON DE, CARTER BL et al. Evaluation of Pharmacists' Work in a Physician-Pharmacist Collaborative Model for the Management of Hypertension. *Pharmacotherapy*. 2016 Apr;36(4):374-84. doi: 10.1002/phar.1727. Epub 2016 Mar 18.
- ¹⁵ HWANG AY, GUMS TH, GUMS JG. The benefits of physician-pharmacist collaboration. *J Fam Pract*. 2017 Dec;66(12):E1-E8.
- ¹⁶ JOHNSON JM, CARRAGHER R. Interprofessional collaboration and the care and management of type 2 diabetic patients in the Middle East: A systematic review. *J Interprof Care*. 2018 Sep;32(5):621-628.
- ¹⁷ REEVES S, PELONE F, HARRISON R et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22;6:CD000072.
- ¹⁸ KATANGWE T, BHATTACHARYA D, TWIGG MJ. A systematic review exploring characteristics of lifestyle modification interventions in newly diagnosed type 2 diabetes for delivery in community pharmacy. *Int J Pharm Pract*. 2019 Feb;27(1):3-16.
- ¹⁹ PRESLEY B, GROOT W, PAVLOVA M. Pharmacy-led interventions to improve medication adherence among adults with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*. 2018 Oct 3. pii: S1551-7411(18)30224-9.
- ²⁰ EIKENHORST, L. Van, DIJK, L. Van, TAXIS, K, GIER, H. De. Pharmacist-led self-management interventions to improve diabetes outcomes. A systematic literature review and meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*: 2017, 8(891)
- ²¹ CHEEMA E, SUTCLIFFE P, SINGER DR. The impact of interventions by pharmacists in community pharmacies on control of hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Dec;78(6):1238-47. doi: 10.1111/bcp.12452.

- 22 SANTSCHI V, CHIOLERO A, COLOSIMO AL, et al. Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc.* 2014 Apr 10;3(2):e000718.
- 23 CAI H, DAI H, HU Y, YAN X, XU H. Pharmacist care and the management of coronary heart disease: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Health Serv Res.* 2013 Nov 4;13:461.
- 24 CHENG JW, COOKE-ARIEL H. Pharmacists' role in the care of patients with heart failure: review and future evolution. *J Manag Care Pharm* 2014;20:206–13.
- 25 KANG JE, HAN NY, OH JM, et al. Pharmacist-involved care for patients with heart failure and acute coronary syndrome: a systematic review with qualitative and quantitative meta-analysis. *J Clin Pharm Ther* 2016;41:145–57.
- 26 CHARROIS TL, ZOLEZZI M, KOSHMAN SL, et al. A systematic review of the evidence for pharmacist care of patients with dyslipidemia. *Pharmacotherapy.* 2012 Mar;32(3):222-33.
- 27 MUELLER LA, VALENTINO AS, CLARK AD, LI J. Impact of a Pharmacist-Provided Spirometry Service on Access to Results in a Primary Care Setting. *J Prim Care Community Health.* 2018; 9:2150132718759213.
- 28 DOKBUA S, DILOKTHORNSAKUL P, CHAIYAKUNAPRUK N, et al. Effects of an Asthma Self-Management Support Service Provided by Community Pharmacists: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Manag Care Spec Pharm.* 2018; 24(11): 1184-1196.
- 29 MILOSAVLJEVIC A, ASPDEN T, HARRISON J. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *Int J Pharm Pract.* 2018 Oct;26(5):387-397.
- 30 READDEAN KC, HEUER AJ, SCOTT PARROTT J. Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: A systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm.* 2018; 14(4):321-331.
- 31 MES MA, KATZER CB, CHAN AHY et al. Pharmacists and medication adherence in asthma: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J.* 2018; 23:52(2). pii: 1800485.
- 32 AI-AQEEL S, ABANMY N, ALSHAYA H, ALMESHARI A. Interventions for improving pharmacist-led patient counselling in the community setting: a systematic review. *Syst Rev.* 2018 May 2;7(1):71.
- 33 GANGULI A, CLEWELL J, SHILLINGTON AC. The impact of patient support programs on adherence, clinical, humanistic, and economic patient outcomes: a targeted systematic review. *Patient Prefer Adherence.* 2016 Apr 28;10:711-25.
- 34 DILLS H, SHAH K, MESSINGER-RAPPORT B et al. Deprescribing Medications for Chronic Diseases Management in Primary Care Settings: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc.* 2018 Nov;19(11):923-935.e2. doi: 10.1016/j.jamda.2018.06.021. Epub 2018 Aug 11.
- 35 RANKIN A, CADOGAN CA, PATTERSON SM et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Sep 3;9:CD008165. doi: 10.1002/14651858.CD008165.pub4.
- 36 LIN HW, LIN CH, CHANG CK et al. Economic outcomes of pharmacist-physician medication therapy management for polypharmacy elderly: A prospective, randomized, controlled trial. *J Formos Med Assoc.* 2018 Mar;117(3):235-243. doi: 10.1016/j.jfma.2017.04.017. Epub 2017 May 23.
- 37 PICKARD AS, HUNG SY. An update on evidence of clinical pharmacy services' impact on health-related quality of life. *Ann Pharmacother.* 2006 Sep;40(9):1623-34.
- 38 SAEZ-BENITO L, FERNANDEZ-LLIMOS F, FELETTTO E et al. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. *Age Ageing.* 2013;42(4):442-9.
- 39 TRUONG H, KROEHL ME, LEWIS C et al. Clinical pharmacists in primary care: Provider satisfaction and perceived impact on quality of care provided. *SAGE Open Med.* 2017 Jun 13;5:2050312117713911.
- 40 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.
- 41 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.
- 42 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção

à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.

⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95 p.

⁴⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.

⁴⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p.

⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas farmacêuticas no núcleo ampliado de saúde da farmácia e atenção básica (Nasf AB) – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 33 p.

⁴⁷ OPS. Organización Panamericana de la Salud. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013.

⁴⁸ WHO. World Health Organization. Developing Pharmacy Practice: A Focus on Patient Care. Handbook – 2006 Edition. 2006. 97p.

⁴⁹ WONCA. World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2), 2. ed., Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

