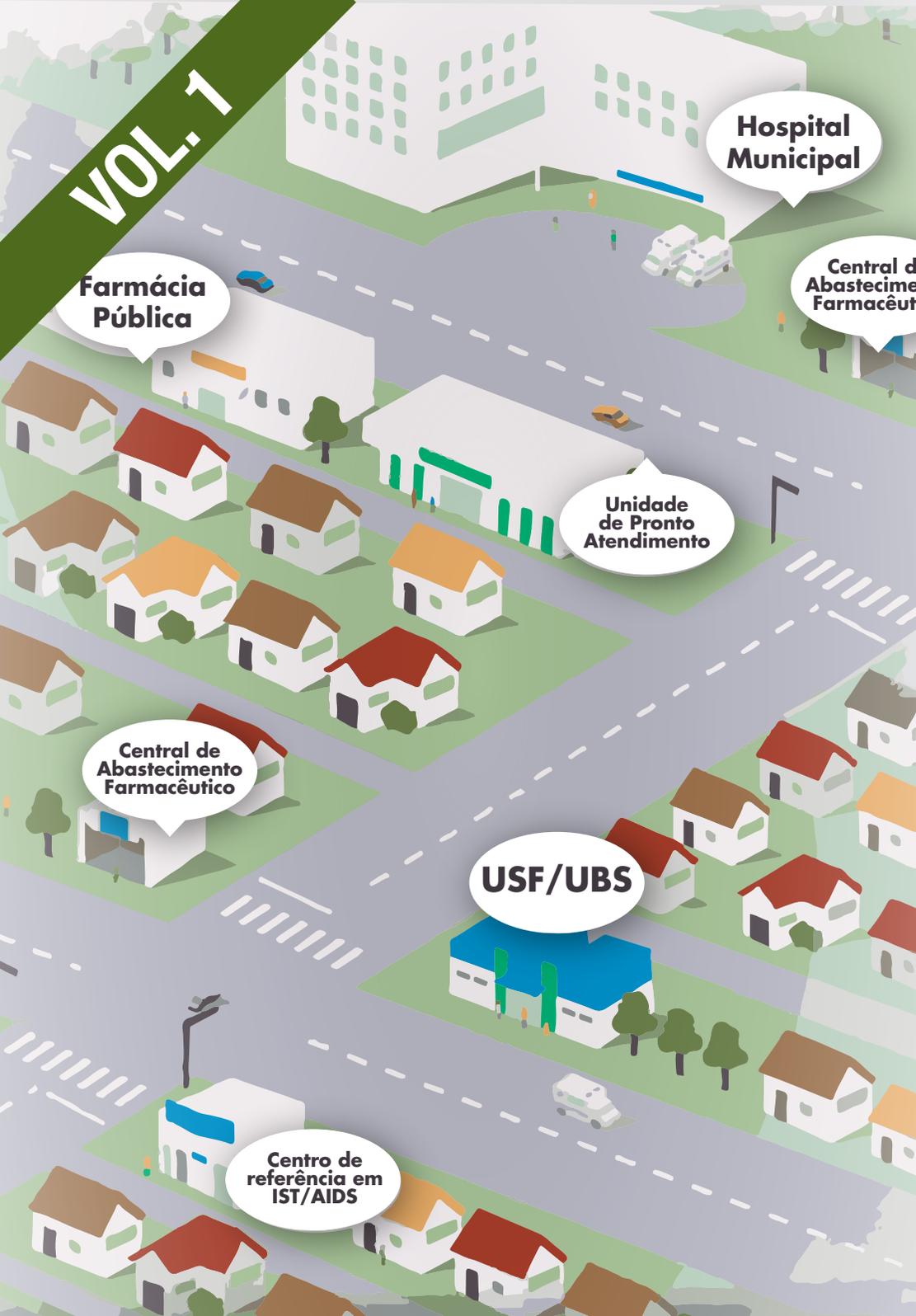


VOL. 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE



O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico

PROJETO

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

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

O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde

VOLUME 1

COLEÇÃO

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica:
aplicação do método clínico

PROJETO

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



BRASILIA - DF
2020



Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

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

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS

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

Grupo executivo:

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

Coordenação geral do projeto:

Ana Paula N. Marques de Pinho
Samara Kielmann

Coordenação técnica do curso:

Leonardo Régis Leira Pereira

Gestão do projeto:

Aline Fajardo
Camila Tavares de Sousa
Flávia Landucci Landgraf
Mariana Castagna Dall'Acqua

Innovativ – HAOC:

Gestão dos processos de EaD:

Débora Schuskel

Modelagem Instrucional e Pedagógica:

Débora Schuskel
Gestão dos Processos do Curso:
Gicelma Rosa dos Santos
Adrielly Saron Alves Silva Lopes
Gestão do ambiente virtual
de aprendizagem:
Aline Tibério
Produção audiovisual:
Anders Rinaldi Angelin
Designer Instrucional:
Daniel Tschisar

Elaboração do conteúdo e texto:

André de Oliveira Baldoni
Bárbara Cristina Barreiros
Camilo Molino Guidoni
Dayde Lane Mendonça da Silva
Fabiana Rossi Varallo
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Fernanda Plessmann de Carvalho
Leonardo Régis Leira Pereira
Mauro Silveira de Castro
Patrícia Sampaio Chueiri
Paulo Roque Obreli Neto

Rangel Ray Godoy
Samuel Amano Maximo
Simone Barbosa da Silva Bier
Thaís Teles de Souza
Tiago Marques dos Reis

Revisão técnica:

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

Colaboração técnica:

Dayde Lane Mendonça da Silva
Mauro Silveira de Castro

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Revisão de texto:

Julia Nader Dietrich – Educomunicação e
Jornalismo

Projeto gráfico e capa:

Laura Camilo – L7 Design

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.

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

5 v. : il.

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

ISBN 978-85-334-2850-8 (coleção)

ISBN 978-85-334-2851-5 (volume 1)

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

CDU 615.12

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0309

Título para indexação:

V. 1. Pharmaceutical Care in Health Public System

Sumário

Prefácio	07
Abertura	08
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Primária em Saúde: uma necessidade social e inadiável no contexto do SUS	
O Sistema Único de Saúde e o desafio da integração em Redes de Atenção à saúde	13
Concepção de Saúde	15
Determinantes Sociais de Saúde	15
Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)	18
Princípios doutrinários	19
Diretrizes Organizativas	20
Necessidades de saúde da população brasileira	21
A Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de integração e qualificação das ações de saúde	23
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	25
A Atenção Básica (AB) como ordenadora da RAS	26
Síntese da Aula	28
Referências	28

Cuidado em Saúde na Atenção Básica	30
O cuidado em saúde	32
O conceito de cuidado em saúde	32
A Atenção Básica e o cuidado em saúde	33
A Atenção Básica no Brasil	37
A coordenação do cuidado na Atenção Básica	37
Fatores interligados à qualidade da coordenação do cuidado	39
Instrumentos de coordenação do cuidado	40
Trabalho em equipe multiprofissional	44
Síntese da Aula	44
Referências	45

Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), no contexto do profissional Farmacêutico	47
Introdução	49
História do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)	50
Evidências sobre o MCCP	53
O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)	54
Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença	56
Entendendo a pessoa como um todo	57
Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas	58
Fortalecendo a relação entre a pessoa e o profissional de saúde	59
Prevenção Quaternária	59
Síntese da Aula	61
Referências	61
Material Complementar	62

A Farmácia Clínica e o Cuidado Farmacêutico frente às transformações do sistema de saúde e da morbimortalidade relacionada aos medicamentos 63

A Fase Tradicional e a morbimortalidade relacionada aos medicamentos 65

A Farmácia Clínica e a Fase de Transição da profissão farmacêutica 66

A Farmácia Clínica e o hospital 69

As transformações do sistema sanitário e o Cuidado Farmacêutico 72

O impacto clínico, econômico e social do Cuidado Farmacêutico 78

Síntese da Aula 81

Referências 81

Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica	84
Introdução	86
Reconfiguração do papel social do farmacêutico	87
Atuação do farmacêutico na perspectiva do cuidado	89
Dimensão clínico-assistencial	90
Dimensão técnico-pedagógica	93
O farmacêutico e a promoção da saúde na Atenção Básica	97
Integração do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica	99
Integração com outros serviços de saúde	99
Integração entre as práticas profissionais	101
Desafios para consolidação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica	102
Síntese da Aula	103
Glossário	104
Referências	104
Material Complementar	107

Prefácio

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

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

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

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

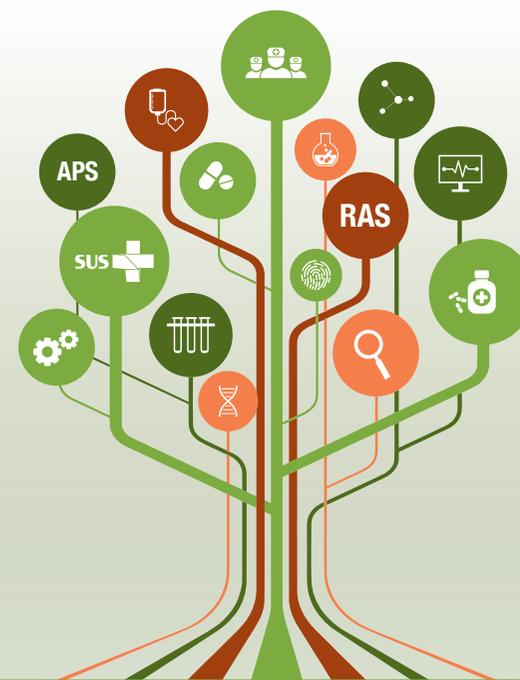
Nesta publicação, estruturada a partir do curso para farmacêuticos, o leitor poderá acompanhar os conteúdos e reflexões propostos como uma ação de formação continuada adequada à rotina desses profissionais. A mesma tem como objetivo fornecer os fundamentos teóricos e práticos para que os farmacêuticos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

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

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

Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Abertura



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

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

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

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

Um dos recursos de maior custo-efetividade empregado na área da saúde é o medicamento quando utilizado de forma racional. Nos casos de uso de forma inadequada, este se torna um significativo problema de saúde pública¹. Assim, para que se tenha uma utilização efetiva e segura dos medicamentos é necessário que eles estejam no foco da atuação dos diferentes profissionais de saúde, de forma a propiciar melhores resultados advindos com a utilização da farmacoterapia e evitar as graves consequências relacionadas ao seu uso inadequado².

Embora essa discussão esteja bastante consensuada no âmbito da saúde, de forma concreta as ações da Assistência Farmacêutica restritas à provisão do acesso aos medicamentos não dão conta de responder às reais necessidades da atenção integral à saúde e minimizar os riscos causados pelo uso inadequado destes. É necessário que as pessoas sejam orientadas sobre a utilização apropriada dos medicamentos e a importância do tratamento terapêutico farmacológico para o controle das doenças³.

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

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

desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado⁶.

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

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

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

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

Adotamos no curso o conceito de Cuidado Farmacêutico como:

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

Os conteúdos abordados percorrem desde a compreensão das dimensões do cuidado em saúde, do cuidado centrado na pessoa e do cuidado

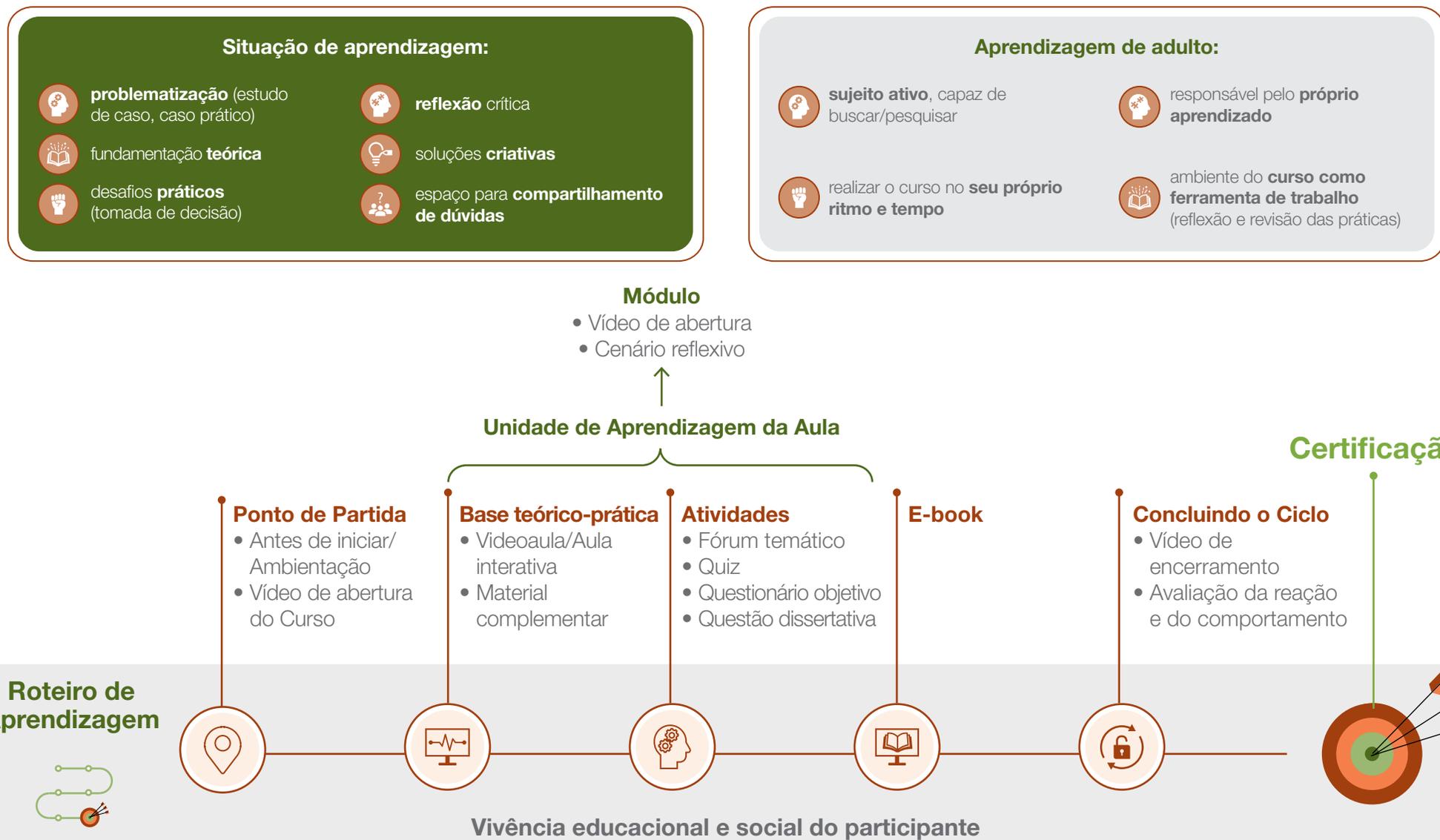
farmacêutico no contexto do Sistema de Saúde, além das competências necessárias do profissional farmacêutico no desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico e os aspectos relacionados à aplicação do método clínico.

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

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

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

Figura 1. Desenho pedagógico do curso



Fonte: Elaboração própria.

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

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

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

Boa Leitura!

Referências

1. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2006; 42(1):137-46.
2. Santos FTC. Aula 5, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 07 maio 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.
4. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Competencias del farmacéutico para desarrollar los servicios farmacéuticos basados em la atención primaria de salud y las buenas prácticas em farmacia. Washington, DC: OPAS; 2013. 20 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 17 ago 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

1

Aula



O Sistema Único de Saúde e o desafio da integração em Redes de Atenção à saúde

Autora: Fernanda Plessmann de Carvalho

Ementa da aula



Esta aula aborda os determinantes sociais de saúde; os princípios e diretrizes do SUS, o atual quadro de necessidades da população brasileira; os conceitos e atributos da Rede de Atenção à Saúde e o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Refletir sobre a organização do Sistema Único de Saúde frente às necessidades e demandas sociais na perspectiva de integração em Redes de Atenção à Saúde e o papel da Atenção Básica no Sistema.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Concepção de Saúde

A definição de saúde pode representar diversos conceitos, pois reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural¹ para cada um de nós. Ao longo da história houve muitas tentativas de se estabelecer um consenso entre os países sem muito sucesso. Para que isso acontecesse foi necessário o surgimento de uma entidade de grande representação internacional, como a Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, a OMS estabeleceu em 1947 que a saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de enfermidade ou doença”².

Essa forma de avaliar a saúde sofreu críticas por ser muito ampla e visar uma perfeição inatingível, utópica³. Quem está doente? Quem é saudável? Estabelecer a saúde como a simples ausência de doença⁴ era algo mais objetivo e fácil de ser mensurável. No entanto, esse raciocínio simplificou demais o conceito, levando os profissionais a centrar suas ações nas enfermidades propriamente ditas em vez atentarem às pessoas que ficam enfermas. Deu-se, portanto, mais valor a estudar a doença em si, estabelecer diagnósticos e tratamentos, geralmente medicamentosos, sem que isso resultasse em benefícios à saúde da população.

Vamos refletir!

Você já se perguntou qual o seu conceito de saúde? Será que isso influencia na sua atuação profissional?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

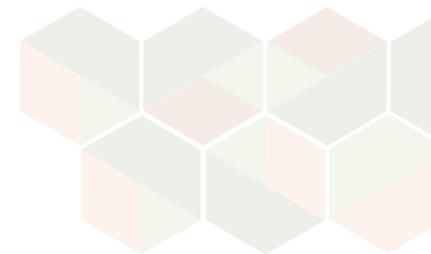
O conceito da OMS, por mais abrangente que seja, nos remete ao contexto em que as pessoas estão e suas condições de vida, família, emprego, habitação etc. Houve um reforço dessa ideia na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu em Alma Ata, no final dos anos 1970, com o lema “Saúde para todos no ano 2000”. As metas do milênio, na década seguinte, também foram no mesmo sentido, ou seja, colocar na base da discussão os *Determinantes Sociais de Saúde*.

Determinantes Sociais de Saúde

— A História do Sr. João

Sr. João, 53 anos, agenda uma consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) por insistência de sua esposa. Trabalha como mestre de obras e raramente consegue tempo para cuidar da saúde. Atualmente leva duas horas para chegar até o local de trabalho por meio do transporte público. Apesar de não admitir nenhum problema, vive queixando-se de dor de cabeça.

Após a consulta, em que foi constatado aumento da pressão arterial (mesmo problema de seu pai já falecido), foi solicitado que fizesse exames e melhorasse o padrão alimentar. Sr. João mora com a esposa e três filhos, em uma casa de dois cômodos, sem saneamento básico, na periferia de sua cidade. Por ter perdido o dia de trabalho devido à primeira consulta, não realizou os exames e não compareceu ao retorno.



Vamos refletir!

Avaliando o caso descrito anteriormente, quais elementos contribuem para o processo de adoecimento do Sr. João?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os Determinantes Sociais de Saúde são entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população⁵. No dia a dia do serviço de saúde, quando os profissionais se deparam com casos como do Sr. João, tendem a focar a atenção nas queixas e diagnósticos estabelecidos. Dá-se preferência às dimensões técnicas e biológicas que são o cerne das ocupações da área da saúde. Contudo, é necessário que, além disso, se compreenda melhor quem é a pessoa que está a sua frente. Os determinantes sociais, diante de uma avaliação clínica, ficam escondidos, submersos, sendo o motivo da procura pelo serviço como a ponta de um *iceberg*, conforme esquematizado na Figura 2:

Figura 2. Modelo iceberg



Fonte: Elaborado sobre ID do vetor Stock livre de direitos: 622143410.

O Método Clínico Centrado na Pessoa, que será abordado na *Aula 3*, é uma excelente ferramenta que possibilita um olhar ampliado sobre o indivíduo, pois fomenta a ampliação da abordagem clínica clássica.

O padrão predominante de desenvolvimento dos países tem contribuído para a degradação do meio ambiente e da saúde das populações, pois aumenta as desigualdades na distribuição de renda⁶. As moradias insalubres, a falta de lazer, o trabalho precário, são consequências dessas iniquidades. Uma forma didática de compreender as divisões dos Determinantes Sociais de Saúde é o modelo elaborado por Dahlgren e Whitehead⁷, no qual são definidos quatro níveis dos determinantes sociais que vão desde a camada central ou individual até a distal ou macrodeterminante (Figura 3):

Nível 1 – características individuais: idade, sexo, fatores genéticos, estilo de vida (influenciados não apenas por características particulares, mas também por determinação social)

Nível 2 – redes comunitárias e de apoio

Nível 3 – condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação

Nível 4 – macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas

Figura 3. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Adaptado de Buss e Pelegrini Filho⁷ e Imagem - Flaticon ©.

Tomando por base o modelo ilustrado na Figura 3, há então a possibilidade de se propor medidas protetivas para cada um dos níveis de Determinantes Sociais, conforme apresentado no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Níveis de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde

Nível de Determinação Social de Saúde	Medidas Protetivas
Nível 1	Programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes, proibição à propaganda do tabaco e álcool etc.
Nível 2	Políticas que estabeleçam redes de apoio e que favoreçam a organização e participação das pessoas e das comunidades.
Nível 3	Acesso a água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de educação e saúde de qualidade etc.
Nível 4	Políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e promoção de cultura de paz e solidariedade.

Fonte: Adaptado de Buss e Pelegrini Filho⁷.

Voltando para o caso do Sr. João, devemos entender a relação de seu atual estilo de vida com os fatores sociais que o cercam. As características individuais como a herança genética, o padrão alimentar e de moradia, podem ter influenciado na alteração da pressão arterial constatada na avaliação clínica. A dificuldade de acessar o serviço de saúde pela precariedade de sua relação de trabalho também contribuiu para a piora do quadro, portanto, para que se tenha uma população mais saudável,

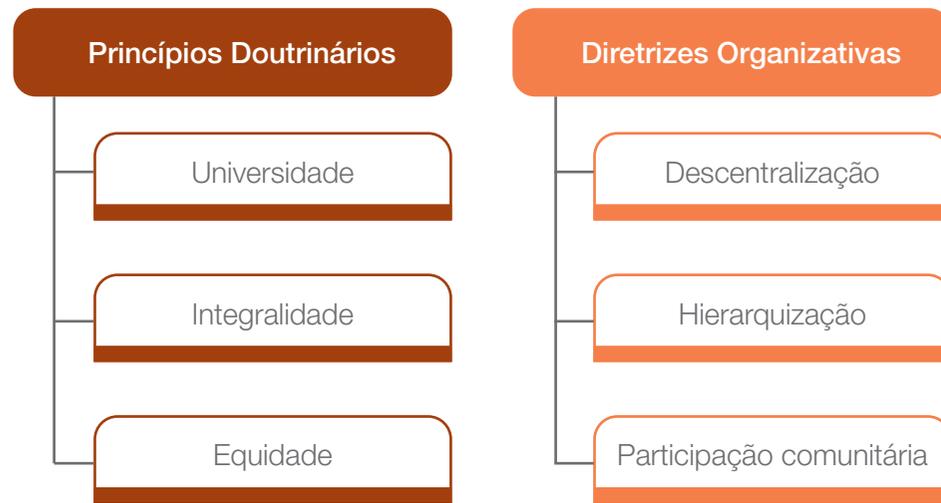
faz-se necessária não apenas uma assistência médica propriamente dita, mas, também, a possibilidade de melhores condições de vida. Para isso, é imprescindível a participação da comunidade na proposição de políticas públicas para a garantia de seus direitos.

Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)

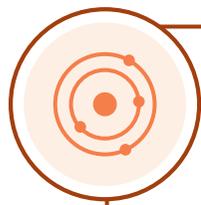
“A Constituição de 1988, no seu Art. 196, ratifica: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁸.”

Para a garantia desse direito foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da instituição da Constituição Brasileira em 1988, com base no conceito ampliado de saúde e seus Determinantes Sociais, discutidos anteriormente. A regulamentação do SUS se dá através de normatizações específicas, das quais, destaca-se a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na qual são elencados princípios e diretrizes fundamentais⁹.

O SUS apresenta três princípios doutrinários, ou seja, princípios básicos, que representam o alicerce de todo o restante do sistema: a *universalidade*, a *equidade* e a *integralidade*. E as principais diretrizes organizativas são: a *descentralização*, a *hierarquização* e a *participação comunitária*.



»» Princípios doutrinários

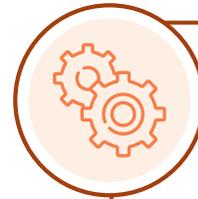


Universalidade:

assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema¹⁰.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Pode-se dizer que o princípio da *universalidade* é um marco em relação ao período anterior ao SUS, cujo acesso à saúde não era garantido a todos.



Integralidade:

é o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema⁹.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A *integralidade* pressupõe a prestação de ações, conforme a necessidade de cada um, visando o tratamento para determinada situação. O SUS deve ofertar desde a imunização, para prevenção de agravos, até serviços que sejam capazes de realizar reabilitação física e mental.



Equidade:

atendimento aos indivíduos de acordo com as suas necessidades, de forma que todos possam usufruir do direito à saúde¹⁰.

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Há muita confusão em relação a este princípio. A *equidade* não significa dar acesso a uns e não dar a outros. Todos têm direito à saúde! No entanto, alguns precisam de mais apoio que outros. Por exemplo, uma pessoa com problemas de mobilidade, pode ter dificuldade para se dirigir a um posto de saúde. Isso não significa que ela não poderá passar por consultas, fazer exames etc. Para que ela realize seu direito deverá receber ajuda, como o fornecimento que uma cadeira de rodas ou até mesmo uma visita domiciliar pelos profissionais de saúde.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Diretrizes Organizativas

As diretrizes organizativas dão racionalidade ao funcionamento do SUS¹⁰. Dentre as quais, destacam-se:

1

Descentralização: os serviços devem estar o mais próximo possível dos cidadãos, nos municípios. Para isso devem ser fornecidas condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para que cada cidade possa exercer tal função. Para que sejam otimizados os recursos de um determinado local, pode ser necessário que várias municipalidades se organizem em conjunto com o Estado, na oferta de serviços. A isso se dá o nome de regionalização. Assim, municípios pequenos não precisam ter um hospital de grande porte, pois pode haver um que sirva de referência para todos os municípios daquela região.

2

Hierarquização: ordenação do sistema de acordo com os níveis de atenção. O principal equipamento de saúde que representa o primeiro nível é a Unidade Básica de Saúde (UBS), a qual deve estar o mais próximo possível da população, pois são utilizadas com maior frequência que os demais. O acesso aos outros níveis deve ser regulado, conforme a necessidade do paciente. Assim, uma gestante realizará seu pré-natal na UBS próxima a sua residência e se, durante o acompanhamento, ela desenvolver algum problema grave, poderá ser referenciada a outro nível de atenção.

3

Participação comunitária: conforme mencionamos anteriormente, nos Determinantes Sociais da Saúde, é fundamental que os cidadãos participem da construção das políticas públicas. O SUS prevê dentro das suas diretrizes que a população usuária e os trabalhadores contribuam ativamente nesse processo. Isso ocorre por meio da constituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

Necessidades de saúde da população brasileira

A população brasileira vem passando por transformações significativas no seu perfil sociodemográfico e epidemiológico. A análise dessas alterações é fundamental para a organização estrutural dos serviços que compõem o SUS.

Vamos refletir!

Por que o conhecimento das mudanças no perfil sociodemográfico é importante para a estruturação dos serviços de saúde?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Até as três primeiras décadas do século XX as doenças infecciosas correspondiam a quase 50% das mortes no Brasil. Já no início do século XXI, esse número caiu para menos de 5%. O acesso a tratamentos e vacinas possibilitaram a erradicação e o controle de várias dessas enfermidades. Entretanto, se enganam aqueles que acreditam que as doenças infecciosas sejam um problema superado. Algumas delas como a febre amarela, a tuberculose e a AIDS ainda causam grande impacto.

Nesse mesmo período, o falecimento devido a doenças cardiovasculares passou de 12% para 30%. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹, o percentual da população brasileira com 65 anos ou mais em 2018 era de 9,2%. A previsão para 2060 é de

25,5% e tem como principais causas a redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade. O envelhecimento populacional, a urbanização acelerada, o aumento do sobrepeso e da obesidade e o tabagismo são os principais fatores de risco para doenças crônicas.

Outras causas de mortes prevalentes no país são atribuídas a causas externas que acometem principalmente a população entre 15 e 29 anos. A violência na periferia das grandes cidades e os acidentes de trânsito colaboram para a composição dessa estatística.

Devido às características dessas principais causas de mortalidade, podemos dizer que o Brasil enfrenta uma “tripla carga de doenças”, uma vez que apresenta demandas secundárias às doenças infecciosas, às doenças crônicas e à violência, entre outras causas externas.

Quadro 2. A tripla carga de doença

Doenças crônicas	Doenças infecciosas	Violência/causas externas
Doenças cardiovasculares	Tuberculose	Acidentes de trânsito
Diabetes	Febre amarela	Homicídios
Câncer	Sífilis	Suicídios
Doenças neuropsiquiátricas	Dengue	Quedas
Doenças respiratórias crônicas	HIV/AIDS	Afogamentos

Fonte: Elaboração própria.

Os serviços de saúde devem estar organizados para responder às necessidades da população. Quando ocorre uma transição demográfica, como apresentado anteriormente, é preciso que o sistema de saúde todo se adapte para dar conta das condições de saúde atuais. O SUS tem suas regras gerais, princípios e diretrizes, mas o direcionamento das ações e prioridades deve estar em constante avaliação para responder de forma efetiva às demandas da sociedade. Podemos dizer, portanto, que atualmente o sistema deve estar preparado para responder às condições encontradas na “tripla carga de doenças”.

Outra forma de se identificar as necessidades de saúde da população é por meio da demanda que chega aos serviços de saúde. Nessa questão, as UBS têm papel fundamental, pois é nesse local que as pessoas são cadastradas, acompanhadas e estratificadas em relação a riscos e vulnerabilidades¹².

Analisando a história da saúde pública brasileira, é possível constatar que sempre foram privilegiados os serviços de assistência imediata, que dão preferência para as queixas agudas e pontuais, ou os que utilizam alta densidade tecnológica. São exemplos desses serviços as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e os complexos hospitalares. Os cenários mais adequados para o cuidado das doenças crônicas necessitam de avaliações contínuas e vínculo. Por isso, não devem ser atendidas nos locais destinados às doenças agudas.

As enfermidades crônicas apresentam inúmeros fatores de risco que são melhores conduzidos por equipes multidisciplinares. Centrar o cuidado apenas na assistência médica é outra característica que precisa ser adequada. Os dados estatísticos e epidemiológicos ajudam na macro-organização do sistema de saúde, mas desvendar a demanda das pessoas no dia a dia nem sempre é uma tarefa simples. Para identificá-las é essencial criar condições que facilitem o acesso aos serviços. Por isso, é preciso ter o cuidado de equilibrar as ofertas de consultas ou atividades programadas e as demandas livres, não agendadas.

As agudizações das doenças crônicas devem ser avaliadas, preferencialmente pelas equipes que já acompanham os casos, e os pacientes encaminhados para os serviços de urgência, quando necessário. No entanto, faz-se necessário o aumento no número de UBS e a otimização de hospitais e redes de pronto atendimento. Para dar conta das necessidades da população e efetivar o princípio da integralidade devemos ter uma rede de serviços que se complementem e se integrem de fato.

“ Organização dos serviços de saúde:

- *Assistência à saúde centrada em equipes multidisciplinares*
- *Expansão da Atenção Básica com aumento do número de UBS*
- *Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento otimizados por região*
- *Equilíbrio entre atividades programadas e demanda espontânea*
- *Integração entre os serviços de diferentes níveis de atenção* ”

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de integração e qualificação das ações de saúde

Nesses 30 anos de existência, o SUS acumula uma série de desafios. O primeiro é a fragmentação da assistência entre os vários níveis de atenção. Além disso, apesar da universalização preconizada, há espaços descobertos de assistência e uma incoerência entre a necessidade da população e a oferta. Outros obstáculos a serem superados são a carência de profissionais, a precarização e a pulverização dos serviços municipais. Há ainda a pouca inserção da vigilância e da promoção da saúde no cotidiano dos serviços, principalmente na Atenção Básica¹³.

Vários países enfrentaram esses problemas por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), pois há evidências de que elas melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde¹⁴. A finalidade da RAS é, portanto, melhorar a qualidade da atenção à saúde bem como a utilização dos recursos.

Vamos refletir!

Você conhece as Redes de Atenção à Saúde disponíveis no território em que trabalha?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Mas, quais são os elementos que diferenciam uma Rede de Atenção à Saúde de um simples agrupamento de serviços e ambulatórios?

O Ministério da Saúde define as RAS como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”¹³.

Uma das primeiras características dessa rede é que ela seja constituída de serviços de Atenção Básica à Saúde, os quais devem estar organizados de forma dispersa, o mais próximo possível das pessoas para o fácil acesso. Os locais de alta densidade tecnológica, como ambulatórios de especialidade e hospitais devem ser concentrados. As atividades ofertadas por cada um desses equipamentos devem ser muito bem definidas para que não haja duplicidade ou competitividade de ações. Cada um deve atuar de acordo com a sua capacidade de resolutividade.

O centro da RAS é composto pelos serviços da Atenção Básica, equipamentos que utilizam baixa densidade tecnológica. Por esse motivo, muitos gestores erroneamente a desvalorizam, por entenderem que não atendem casos difíceis e complexos. Ao contrário, são serviços que devem dar conta da maioria das demandas que a ela chegam. Se a Atenção Básica é o centro da RAS e a política de saúde local não a fortalecer, muito provavelmente não se chegará aos objetivos esperados.

A organização da RAS depende de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.



A **população** que vive no território da RAS deve ser profundamente conhecida. Por isso, é importante que seja realizado um levantamento das famílias e uma avaliação do território que ocupam. A população geral deve ser subdividida e estratificada conforme o risco em relação às condições de saúde estabelecidas¹⁴.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Alguns instrumentos permitem um melhor conhecimento da população da RAS, como a territorialização e o cadastramento de famílias. Com o auxílio de sistemas de informações efetivos pode-se identificar subgrupos de maior risco e, com isso, estruturar toda a rede de saúde necessária para o seu atendimento.



Estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco partes: as UBS como centro; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança¹⁴.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Entende-se por sistema de governança a capacidade de governar as relações entre as UBS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em direção aos objetivos comuns da RAS.

Uma das partes da estrutura operacional, que compõe o sistema de apoio, é a assistência farmacêutica. No capítulo da *Aula 4*, do livro *“Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica”*, cujo conteúdo corresponde ao material de outro curso oferecido pelo projeto Atenção Básica, foram abordados os aspectos voltados à integração da assistência farmacêutica na RAS. Vamos lembrar?

“Deve-se entender que para a **assistência farmacêutica integrar a RAS** de forma sistêmica, ela deve prestar **serviços farmacêuticos por meio de atividades técnico-gerenciais** (seleção, programação, aqui-

sição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos) na função de **apoio à rede** e, ofertar, nos diferentes pontos de atenção da RAS, o **cuidado farmacêutico**, na dimensão clínico-assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, voltados aos indivíduos, família, comunidade e equipe de saúde”¹⁵.



O funcionamento das RAS é organizado por meio da adoção de um **modelo de atenção à saúde**. Dessa forma, articulam-se as relações entre as demandas da população e os diferentes tipos de intervenções em saúde, o que, por sua vez, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas (p.209)¹⁶.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

As condições agudas referem-se não apenas aos serviços de urgência e emergência, mas também a outros serviços da rede, como as UBS. Para que ocorra a otimização dos recursos em cada nível de assistência, é preciso organizar os serviços primários para o atendimento de urgências de menor gravidade. Caberá então aos hospitais e pronto atendimentos os casos que necessitem de recursos especializados.

As condições crônicas necessitam de acompanhamento por um longo período. Devido a sua proximidade e capacidade de atender a maior parte da demanda da população, esse cuidado deverá ser direcionado à atenção básica. No entanto, haverá, em algum momento dessa trajetória, para aquela parcela da população com maior risco, a necessidade de cuidado em outros níveis de assistência. A articulação entre eles é fundamental para a integralidade do cuidado. A carteira de ofertas, ou seja, as atividades que cada serviço dispõe deve ser baseada em evidências clínicas consistentes.

“O prontuário eletrônico é uma ferramenta útil no seguimento do usuário do sistema de saúde por toda a RAS, pois pode ser configurado para emitir lembretes e alertas. Além disso, se integrado com várias unidades de saúde, permite uma comunicação mais eficiente entre elas.”

»» A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Para exemplificarmos como funciona uma RAS na prática, apresentaremos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa rede propõe uma forma diferenciada de atenção à saúde mental com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção. Podemos observar, com base nos componentes apresentados a seguir, que os serviços se complementam no cuidado em saúde mental e cada um tem o seu papel.

Componentes da RAPS, de acordo com a Portaria nº 3.088/2011¹⁷:

I. Atenção Básica em Saúde: Como em toda RAS, na RAPS é a atenção básica que tem papel central e se constitui como primeiro componente. Segundo a referida portaria, a UBS:

[...] tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

II. Atenção psicossocial especializada: é o segundo nível de atenção da RAPS, formada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) onde atua uma equipe multiprofissional sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

III. Atenção de urgência e emergência: as situações de crise de saúde mental que necessitam de cuidado hospitalar devem contar com o aporte do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), sala de estabilização, UPA 24 horas e unidades hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro.

IV. Atenção residencial de caráter transitório: são constituídos de Unidade de Acolhimento (UA) que oferecem cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

V. Atenção hospitalar: enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral.

VI. Estratégias de desinstitucionalização: constituída pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais, ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

VII. Reabilitação psicossocial: composta por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Como mencionamos anteriormente, o primeiro elemento de uma RAS é o conhecimento da sua *população*. No caso da RAPS, preconiza-se, por exemplo, uma modalidade de CAPS de acordo com o número de habitantes: CAPS I para municípios com mais de 20 mil habitantes, CAPS II para municípios com mais de 70 mil habitantes e CAPS III para municípios com mais de 200 mil habitantes. As modalidades de CAPS se diferenciam pelo número e pela variedade de profissionais, pelo seu horário de funcionamento e pelo leque de atividades ofertadas. Para municípios com menos de 20 mil habitantes a região de saúde deve se organizar para que vários municípios de portes semelhantes possam ter um único CAPS de referência. O conhecimento sobre quais são os transtornos mentais mais prevalentes auxilia na preparação dos profissionais no manejo de tais situações, seja nas unidades básicas, seja no nível secundário.

O município ou a região de saúde deve prover os *recursos estruturais* para que tais serviços possam atuar de forma efetiva. Assim, devem ser utilizados protocolos clínicos baseados em evidência, que determinem as ações dos diferentes níveis da RAPS. Complementam as ações de estrutura o estabelecimento efetivo da referência e contra referência, a logística de suprimentos, como medicamentos e materiais médicos hospitalares e o apoio diagnóstico. A Relação Municipal de Medicamentos (Remume) deve contemplar os principais transtornos mentais da população em questão.

Por fim, o *modelo* de atenção à saúde preconizado pela RAPS orienta a organização do acompanhamento de transtornos de caráter crônico, mas que necessitam de aporte nos momentos de agudização. Assim, tanto as UBS quanto os CAPS devem estar preparados para ofertar, dentro da agenda dos profissionais, momentos para o acolhimento dessas demandas. A rede de urgência e emergência e a retaguarda hospitalar também estão previstas para que se complete a integralidade do cuidado dentro da RAPS.

A Atenção Básica (AB) como ordenadora da RAS

Um município de médio porte, do interior, apresenta historicamente uma Atenção Básica à Saúde com cobertura para 100% de sua população. Apesar disso há uma grande insatisfação entre os usuários por não conseguirem agendar consultas na UBS ou nos ambulatórios de especialidade, quando são encaminhados. Cada equipe de AB é responsável por aproximadamente 5 mil pessoas. Apesar do sistema de informação permitir o levantamento das principais demandas, ele é pouco utilizado para estruturar a rede local. A mais recente determinação da Secretaria de Saúde dessa cidade foi impossibilitar a solicitação de exames pelos profissionais da AB, como o eletrocardiograma e a endoscopia digestiva alta. A justificativa para tal atitude foi o grande número de exames solicitados frente à oferta disponível gerando uma grande fila e aumentando a insatisfação dos usuários.

Vamos refletir!

O parâmetro utilizado pela Secretaria de Saúde, no caso apresentado anteriormente, para coibir a solicitação de exames pelos profissionais da APS foi correto?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

É comum encontrarmos municípios que estabelecem protocolos que impossibilitam os profissionais da AB de solicitarem determinados exames ou até mesmo de realizarem alguns procedimentos. Pode ocorrer também uma baixa resolutividade clínica nesse primeiro nível de atenção, demandando um maior número de encaminhamentos para as especialidades do nível secundário. Isso acontece quando uma rede de saúde não é ordenada pela AB ou quando esta executa de forma inapropriada os seus atributos.

Continuaremos a utilizar o termo “atenção básica” como equivalente à Atenção Primária à Saúde, assim como orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁸.

Mas, quais são esses atributos?

Na atenção básica, os principais atributos são:

Primeiro contato ou acesso: representa a entrada do paciente nos serviços de saúde. É um atributo essencial ao bom funcionamento e à racionalidade do sistema¹⁹. Se uma UBS não tiver um bom acesso estará falhando gravemente em sua função. Esse aspecto é determinado não só pelo local onde a unidade está situada, mas também pela organização da agenda local e por parâmetros populacionais.

Longitudinalidade: é o acompanhamento ao longo do tempo, o seguimento da pessoa através dos ciclos de vida. É pela da longitudinalidade que se constrói o vínculo entre os profissionais de saúde e a pessoa.

Integralidade: há vários conceitos diferentes sobre integralidade. O sentido mais apropriado para os atributos da atenção básica é que esta necessita ofertar um cuidado abrangente, com base nas necessidades de saúde da população. Refere-se ainda à carteira de serviços e atividades executadas na UBS¹⁹.

Coordenação do cuidado: está relacionado ao cuidado individual com o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede¹².

A AB consegue determinar as necessidades de saúde da população por meio da disponibilidade do acesso, acompanhando ao longo do tempo e coordenando as várias ações de saúde prestadas às pessoas. Baseando-se nesse diagnóstico é que se deve estruturar a RAS, garantindo que a AB seja a ordenadora das suas próprias necessidades, assim como a responsável pela demanda para outros serviços.

Pode ser necessário, por exemplo, que os profissionais das UBS sejam capacitados para melhorar a sua resolutividade às demandas mais comuns. Portanto, as ações de educação permanente e atualizações clínicas, ofertadas pelas secretarias de saúde, devem levar em conta as necessidades trazidas pelos profissionais.

No caso citado anteriormente, a ampliação do número de equipes poderia melhorar o acesso. A estrutura da unidade deveria possibilitar a realização de exames de eletrocardiograma, através de protocolos estabelecidos, sem precisar de referenciamento. A carteira de serviços de uma unidade do primeiro nível de atenção, também deve ser norteada pelas necessidades da população. O mesmo raciocínio se faz para a quantidade e quais as especialidades ofertadas no nível secundário.

Por isso, a Atenção Básica à Saúde ocupa um papel central dentro da RAS, ou seja, uma rede que não é ordenada pelas necessidades da AB corre o risco de não se basear nas demandas da população e ser, portanto, menos efetiva.



Síntese da Aula

Nesta aula introduzimos a definição de saúde que dá base ao SUS. Esse conceito nos remete a um olhar amplo, pois contextualiza o indivíduo não apenas no seu aspecto biológico estrito, mas também em seu território, na sua família e na sua condição social. Foi por considerar a importância dos chamados determinantes sociais que o Brasil configurou o seu sistema.

A Constituição de 1988 determina que a saúde seja um direito de todos. Contudo, para que isso de fato se concretize é necessário entender quais são as atuais necessidades de saúde da população para que, com base nisso, os serviços se estruturam. Os dados atuais de morbimortalidade apontam que é necessário o enfrentamento da chamada tripla carga de doenças.

Nesse sentido, a Atenção Básica desempenha um papel importante, pois através de seus atributos tem a capacidade de fazer esse diagnóstico populacional. Um desafio que os 30 anos do SUS impõe é o de diminuir a fragmentação do cuidado. Como proposta ao enfrentamento dessa situação, baseada em experiências internacionais, propõe-se a formação da RAS.

Mais uma vez, destacamos que tais Redes devem ser ordenadas pela AB, ou seja, as necessidades de saúde encontradas representarão o alicerce de estruturação da própria AB, assim como de todo o sistema. Agora que você que já assimilou esses conceitos, abordaremos na aula seguinte a importância de se compreender as dimensões do cuidado em saúde, como isso pode ser realizado dentro de um sistema integrado e quais são os instrumentos que nos auxiliam na coordenação à saúde.

Referências

1. Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007 [acesso em 5 maio 2019];17(1):29-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, Oct. 2006 [acesso em 5 maio 2019]. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
3. Segre M, Ferraz FC. O Conceito de Saúde. *Rev Saúde Pública*, 1997 [acesso em 5 maio 2019];31 (5): 538-42,. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>
4. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 1997;44 (4):542-573.
5. Buss MB, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, set. 2006;22(9):2005-2008.
6. Zioni F, Westphal MF. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. *Saúde Soc. São Paulo*, 2007;16(3):26-34.
7. Buss MB, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007;17(1):77-93.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília: Senado Federal; 2016 [acesso em 02 nov. 2020]. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp

9. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 23 jan. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
10. Vasconcelos CP, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Agência IBGE Notícias, 25 jul. 2018; atualizado em 1 ago. 2018 [acesso em 14 de abril 2019]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>
12. Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SMP. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde: uma proposta de itens para avaliação destes atributos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-18.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 30 dez. 2010.
14. Mendes EV. As Redes de Atenção de Atenção à Saúde: Revisão. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana de Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011. p 85-87.
15. Costa KS, Tavares NU. A Integração sistêmica da Assistência Farmacêutica. In: Projeto Atenção Básica: Capacitação, Qualificação dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Integração das Práticas de Cuidado na Equipe de Saúde. Módulo 1. Brasília: Ministério da Saúde, Programa de Apoio Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde; 2019.
16. Mendes EV. As Redes de Atenção de Atenção à Saúde: Revisão. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 23 dez. 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
19. Gusso G, Machado LBM. Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade, princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2019. p. 32-33.

Autora

Fernanda Plessmann de Carvalho

Médica de Família e Comunidade pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e titulada em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Supervisora Médica pela Organização Social Associação Congregação de Santa Catarina (OS Santa Catarina).

Aula



Cuidado em Saúde na Atenção Básica

Autora: Bárbara Cristina Barreiros



Ementa da aula



Esta aula aborda as diferentes concepções de cuidado em saúde e coordenação do cuidado, e apresenta os principais instrumentos de coordenação assistencial.

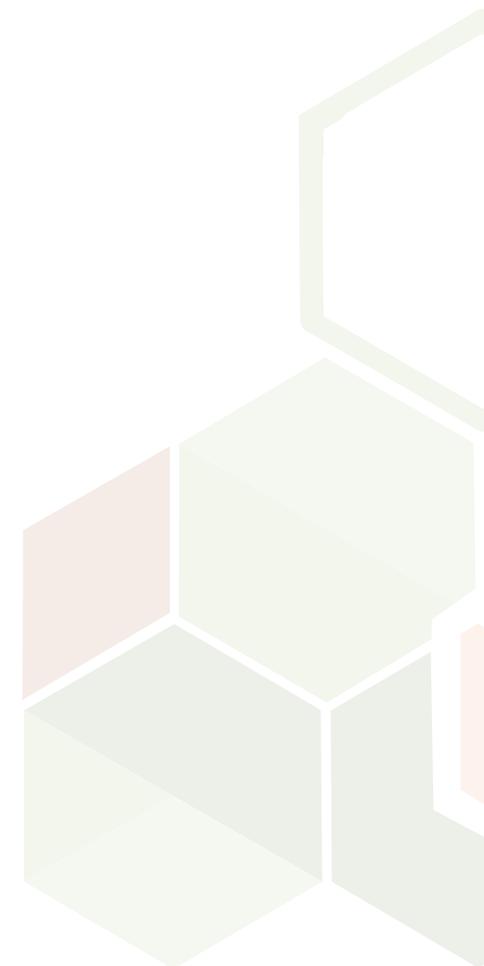
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Entender as concepções e dimensões do cuidado em saúde e da coordenação do cuidado na perspectiva de sistemas integrados, assim como conhecer os principais instrumentos de coordenação assistencial.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



O cuidado em saúde

»» O conceito de cuidado em saúde

A prática do cuidado tem origem no espaço doméstico, familiar e feminino, estando ligada à trajetória da mulher nas sociedades ocidentais modernas¹.

O cuidado em saúde é *“Uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um ‘direito de ser’”* (p.112)¹.

Para o profissional de saúde, qualquer que seja sua área de interesse, o conceito de cuidar vai além de realizar práticas de saúde, compreender a necessidade do sujeito a ser cuidado e atuar para que este alcance seu objetivo². Cuidar pode ser a escuta e o acolhimento da pessoa que está em sofrimento, na tentativa de resolução de seu problema, e envolve diferentes pessoas e funções, assim como a compreensão do sofrimento do paciente que busca o cuidado, o qual deve ser contínuo e integral. A interação entre saberes (multi, inter e transdisciplinaridade) de diferentes profissionais da área de saúde é primordial para a obtenção de um cuidado em saúde integral¹.

Carnut afirma que o cuidado *“é uma função que deve perpassar todas as categorias profissionais”* (p.1178)³, devendo ser objeto de sua práxis.

Leia um pouco mais!

Leia sobre o conceito de Cuidado em Saúde e outros temas interessantes no Dicionário da Educação Profissional Saúde.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

A oferta de cuidado pode ser entendida como principal finalidade dos sistemas de saúde, devendo ser oferecida para a população de forma

ordenada e organizada, sendo observada a sua relação direta com a qualidade das práticas dos profissionais. Além disso, destacam-se alguns elementos importantes no processo de cuidado, principalmente na Atenção Básica, como a responsabilidade sanitária dos profissionais e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

É importante lembrar que para que o cuidado seja ofertado, é necessário que os profissionais levem em conta os determinantes de saúde discutidos na aula anterior. Fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população⁴.

— A História do Sr. João

Sr. João não compareceu à consulta de retorno agendada para ele na Unidade Básica de Saúde (UBS). Durante a reunião da equipe Tulipa, que atende a área onde mora o Sr. João, a médica Rebeca informou que ele havia faltado e que estava preocupada, pois o paciente havia apresentado pressão arterial elevada na consulta inicial, quando se queixava de dor de cabeça. Com a presença de agente comunitário de saúde (ACS), médica, enfermeira, técnicos de enfermagem, psicóloga, farmacêutica e assistente social, a equipe discutiu o caso, considerando as necessidades de cuidado de Sr. João, e decidiu-se pela realização de uma visita domiciliar, com enfermeiro e ACS, na mesma semana para saber o motivo da ausência.

Durante a visita domiciliar, Ana, esposa de João, informou que ele não havia realizado os exames nem comparecido ao retorno porque o dia que ele faltou no trabalho para ir à consulta foi descontado de seu salário.

Fábio e Rodrigo, respectivamente o enfermeiro e o ACS, conversaram com Ana sobre a importância da realização de exames, assim como do seguimento do Sr. João. Por isso, eles deixaram uma nova guia de exame agendada para realização em um sábado, sem atrapalhar o trabalho do Sr. João. Além disso, agendaram uma consulta de retorno com a Dra. Rebeca para um final de tarde, tudo para facilitar o acesso do paciente ao cuidado.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Atenção à dica!



No caso apresentado anteriormente, a equipe mostra que reconheceu a necessidade de saúde do Sr. João, compreendendo fatores relacionados ao trabalho e aos riscos apresentados pelo paciente e tentando facilitar o acesso ao cuidado. Com a presença de todos os membros da equipe, a discussão de caso possibilita um olhar integral e que engloba o conhecimento de diversos núcleos profissionais, potencializando o cuidado. Portanto, cuidar vai muito além da prática de diagnóstico e da prescrição de tratamento, abrangendo a compreensão e a adequação das ações da equipe e promovendo cuidado.

O Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção em Saúde e, mais especificamente, a Atenção Básica (AB) têm papel fundamental na oferta de cuidado à população, afinal um dos princípios da AB é a coordenação do cuidado.

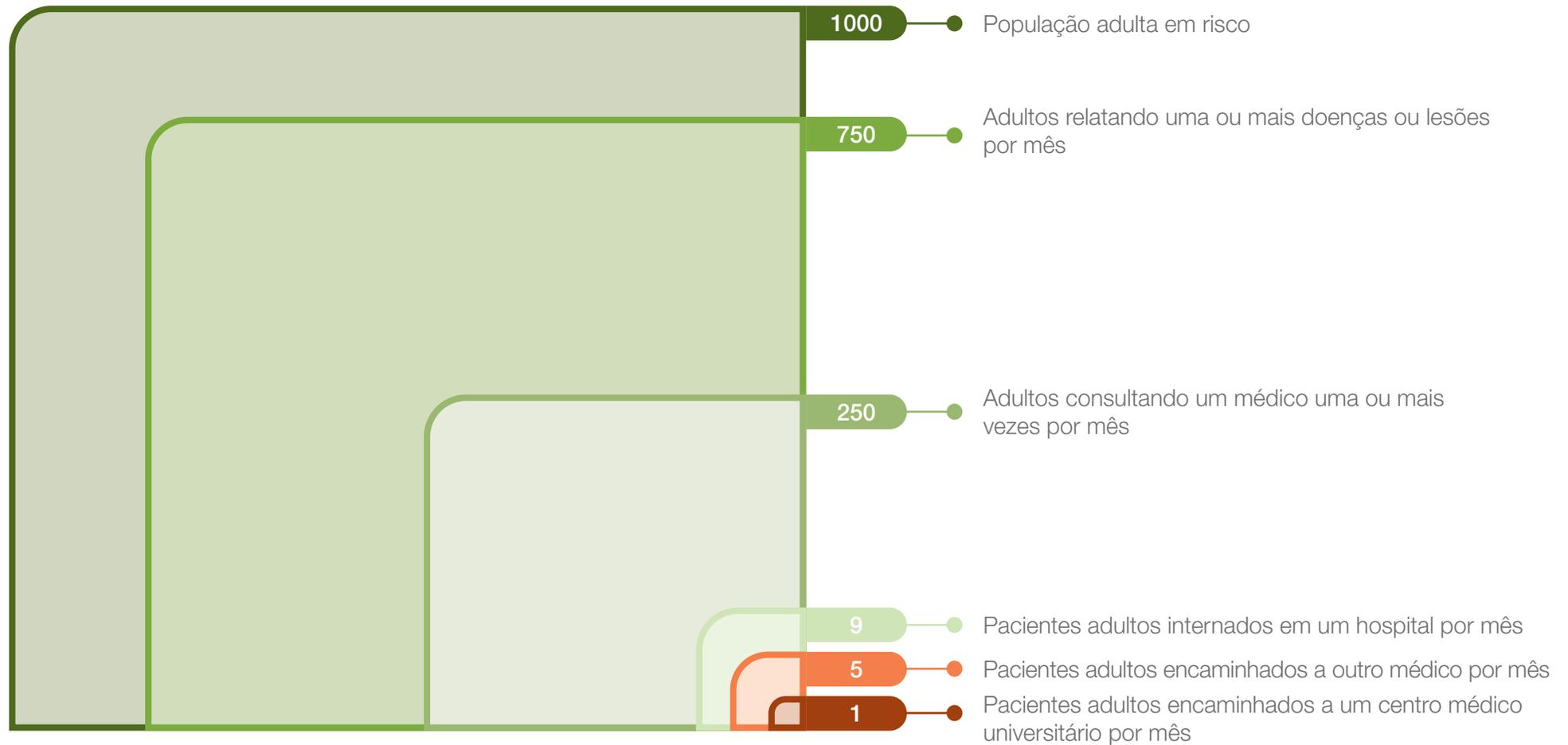
Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A Atenção Básica e o cuidado em saúde

“Um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária em Saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social”(p.46)⁵.

O estudo de White et al., de 1961, repetido por Green et al. em 2001 (representados nas Figuras 4 e 5), demonstra que em um mês, em uma população de 1.000 pessoas, somente 1 necessita de um hospital terciário, 8 são internadas, 21 precisam de cuidados especializados e 217 procuram cuidados médicos designados primários, apesar de 750 em 800 apresentarem sintomas^{6,7}.

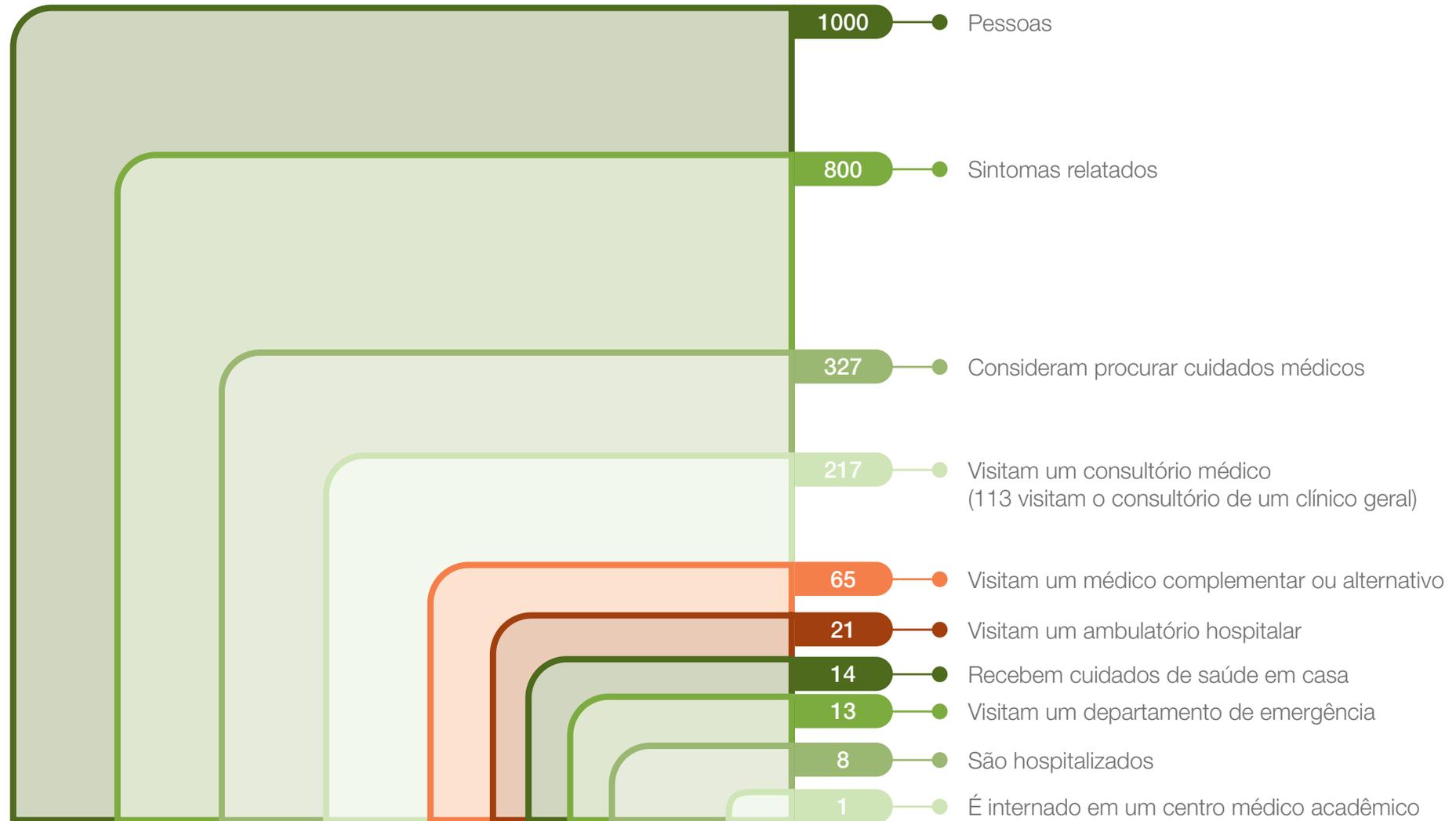
Figura 4. Prevalência mensal de doença em comunidade* – Estudo de White et al., 1961



* Estimativas mensais de prevalência de doenças na comunidade e o papel de médicos, hospitais e centros médicos universitários na prestação de cuidados médicos. Os dados são para pessoas com 16 anos de idade ou mais. Reproduzido do relatório de 1961 de White et al.

Fonte: Adaptado de Green, Fryer, Yawn, Dovey⁷.

Figura 5. Prevalência mensal de doença em comunidade* – Estudo de Grenn et al., 2001



* Resultados de uma Reanálise da Prevalência Mensal de Doenças na Comunidade e os Papéis das Diversas Fontes de Atenção à Saúde.

Fonte: Adaptado de Green, Fryer, Yawn, Dovey⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Tais resultados vão ao encontro do que foi publicado por Bertrand Dawson em seu relatório de 1920, ao propor um modelo de saúde para o Reino Unido que contasse com centros de saúde primários com médicos generalistas nas vilas, próximos às pessoas, e centros de saúde especializados e hospitais que deveriam, quando necessário ser referenciados⁸.

Pesquise e reflita!

O Relatório Dawson trouxe importantes contribuições sobre a AB nos sistemas de saúde em rede.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

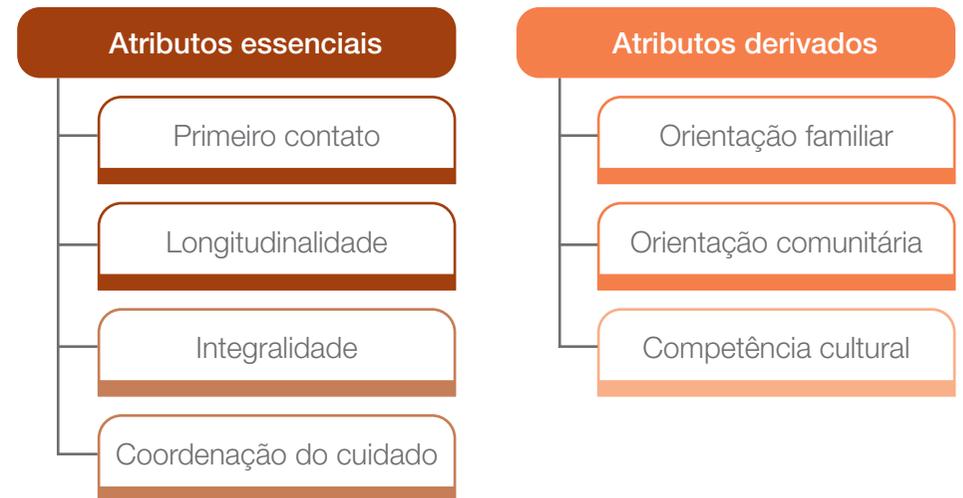
A Atenção Básica (AB), portanto, oferece um cuidado acessível para os pacientes, assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde, integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos e de promoção em

saúde, controla tecnologias de atenção secundária e medicamentos, além de aumentar a custo-efetividade dos serviços⁹.

De acordo com a Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, que trata da estruturação da Rede de Atenção em Saúde (RAS), a AB deve ser o centro de comunicação da RAS, tendo papel chave na sua estruturação como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado. O mesmo documento ressalta que o modelo de saúde vigente, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços a partir da oferta, mostra-se insuficiente. Ter a AB nessa atribuição auxilia a superar a fragmentação do cuidado, centralizando as necessidades de saúde da população e colocando o cuidado multiprofissional como potência para o cuidado integral¹⁰.

Assim, a AB deve atuar de forma a promover o cuidado e, para isso, deve estar integrada na rede. Starfield definiu de maneira clara os atributos da AB, dividindo-os em essenciais e derivados, demonstrados na figura a seguir⁵.

Figura 6. Atributos da Atenção Básica



Fonte: Adaptado de Starfield⁵.

O processo de trabalho dos profissionais da AB, quando pautado nos atributos descritos na Figura 6, promove maior qualidade do cuidado, entregando para o indivíduo e para a população um sistema de saúde mais preparado para o atendimento das reais demandas. Assim sendo, a coordenação do cuidado é um dos atributos mais importantes para o funcionamento adequado da AB.

A Atenção Básica no Brasil

Os termos Atenção Primária em Saúde (APS) e Atenção Básica (AB), apesar de diferentes, são considerados no Brasil como similares. A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada na Portaria nº 2.436/2017, em parágrafo único do Art. 1º, define “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento”¹¹.

»» A coordenação do cuidado na Atenção Básica

Coordenação é a ação de concatenar vários elementos, atividades e serviços, enquanto que ordenação é a ação de colocá-los em ordem¹². Apesar de terem significados muito próximos, o uso dessas palavras no cuidado em saúde tem características diferenciadas. A coordenação do cuidado refere-se ao cuidado individualizado da equipe para a pessoa dentro do sistema, enquanto que a ordenação do cuidado relaciona-se à rede de saúde, ao sistema e ao papel da AB dentro do sistema.

A coordenação do cuidado traduz-se em organização do cuidado e de seu fluxo, sendo realizado pela equipe responsável pela assistência aos indivíduos, além de ser centrado na pessoa. A equipe de cuidado prestado à pessoa é integrada por diferentes profissionais em diversos pontos/serviços da rede¹³. É um atributo que permeia e define também

a efetividade dos outros três atributos essenciais da AB: primeiro contato, longitudinalidade e integralidade⁵.

Sr. João conseguiu fazer os exames e o seguimento das consultas na UBS. Além do diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, os altos níveis de colesterol aumentam o risco cardiovascular, e o paciente foi orientado a utilizar anti-hipertensivos e estatina, além de ser estimulado a realizar mudanças no estilo de vida. Apesar disso, Sr. João sofreu um IAM em um final de semana prolongado. Quando sentiu dor, foi direto à UPA de seu bairro e, quando diagnosticado, encaminharam-no para o hospital terciário de referência para realização de cateterismo com colocação de *stent*.

Após a alta, Sr. João foi orientado à sua UBS de referência para agendamento de consulta com cardiologista e reabilitação cardiovascular antes de voltar ao trabalho. Na UBS, após o acolhimento do Sr. João, médica e enfermeiro atenderam e realizaram os encaminhamentos para a cardiologia e o ambulatório de reabilitação cardiovascular, ambos no centro de especialidade. Percebendo que João estava com dificuldades no uso dos medicamentos, os profissionais solicitaram também a marcação de uma consulta com o farmacêutico na unidade. Karina, farmacêutica do NASF, atendeu o Sr. João na mesma semana, incluindo-o no Serviço de Cuidado Farmacêutico após tê-lo orientado sobre a posologia dos medicamentos a serem utilizados e a importância do uso adequado destes. A profissional também respondeu a algumas dúvidas acerca dos medicamentos prescritos para o Sr. João e sua esposa. A equipe continua atendendo Sr. João e cuidando de outros aspectos de sua saúde, como o sofrimento pelo afastamento do trabalho, orientando-o para busca de benefícios para complementação de renda, além de continuarem o acompanhando mensalmente.

Em reunião de equipe, Karina informa quais orientações foram fornecidas ao Sr. João na consulta e discute com os colegas sobre a necessidade de avaliação do uso dos medicamentos. Foi agendada uma visita domiciliar para o Sr. João, e a farmacêutica será a responsável pela discussão do caso com o ACS e os demais membros da equipe.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Atenção à dica!

A continuação do cuidado mostrado no atendimento do Sr. João exemplifica a importância da coordenação desse serviço. A equipe, além de promover ações de diagnóstico, tratamento, promoção e prevenção, foi responsável por orquestrar o percurso do Sr. João na rede de saúde, agindo como referência pós-alta para a coordenação do cuidado na rede de saúde e mantendo seu papel de prestação de cuidados integrais.

O farmacêutico, inserido na equipe e mostrando-se ativo, exerce função primordial no cuidado do Sr. João, pois realiza ações relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso e à coordenação do cuidado, qualificando as ações da equipe e o cuidado.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

“A PNAB, de 2017, refere-se a coordenação do cuidado como diretriz da Atenção Básica: *“VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais¹¹”.*”

Segundo Starfield, a coordenação do cuidado é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum”(p.365)⁵. Muitos são os desafios da AB para cumprir esse atributo, principalmente porque não demanda somente esforços da própria AB, mas de toda a rede⁵.

A depender da qualidade da coordenação do cuidado promovida pela equipe, este pode ser integral ou compartimentado. Assim, é de suma importância a compreensão do conceito, dos desafios e da função de cada profissional, assim como o engajamento da equipe, para promover esse atributo da maneira mais adequada possível.

A ordenação da rede refere-se especificamente à AB, sendo porta de entrada da pessoa na rede de saúde e, por conhecer as necessidades de saúde da população, visa estruturar seus serviços, sendo o centro de comunicação da rede. Na PNAB, a ordenação da rede também é vista como uma diretriz da Atenção Básica:

“ VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas¹¹. ”

Apesar de o SUS ter mais de 30 anos, é necessário reconhecer a existência de fragmentação e fragilidades nesse sistema. Para sua qualificação, é imprescindível que sejam traçadas estratégias para a qualificação do cuidado, sendo uma destas a priorização da coordenação do cuidado, indispensável para a prática da integralidade no cuidado individual e da articulação da rede.

» Fatores interligados à qualidade da coordenação do cuidado

A capacidade instalada de equipes e profissionais para a realização da coordenação do cuidado está intimamente ligada às questões estruturais, organizacionais e de recursos humanos das equipes de Atenção Básica, que qualificam também o acesso e a resolutividade.

Com relação à estrutura e organização das equipes, a PNAB recomenda que sejam seguidas as seguintes orientações¹¹:

1. População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.
2. Quatro equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.
3. Fica estipulada a seguinte fórmula para cálculo do teto de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), pelas quais o município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos: população/2 mil, com ou sem os profissionais de saúde bucal.
4. Que uma eSF ou eAB seja responsável por toda população em municípios ou territórios com menos de 2 mil habitantes.

As especificidades territoriais de vulnerabilidade e riscos devem ser levadas em conta para a definição de quantidade e tipos de equipe, considerando-se o objetivo de atingir um melhor potencial resolutivo e, por conseguinte, garantir a coordenação do cuidado adequada.

Ao ampliar os tipos de profissionais atuando na AB, é possível qualificar o cuidado e aumentar a resolutividade do serviço. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF) constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, sendo complementar às equipes que atuam na AB. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das eSF e de eAB.

Outras equipes descritas pela PNAB são a de Saúde Bucal (modalidades I e II), e a de Agentes comunitários de saúde (antigo PACS).

A definição dos tipos de equipe e das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades dos territórios.

» Instrumentos de coordenação do cuidado

A coordenação acontece dentro da AB entre os diferentes profissionais e diversos núcleos de atenção; porém, acontece também fora da AB: em um contato pontual com serviço de nível secundário ou terciário e em um cuidado contínuo pelo serviço de nível secundário ou terciário⁵. Para tanto, a coordenação do cuidado deve utilizar-se de diferentes instrumentos, a depender do processo de cuidado que o indivíduo ou a população estão sob influência.

Os instrumentos de coordenação de cuidado são todas ferramentas e ações do cuidado em saúde que contribuem para a qualificação da coordenação do cuidado, sejam estas relacionadas à promoção ou prevenção, resolutividade, organização dos serviços, normalização de atividades profissionais e dos níveis de atenção. São exemplos: prontuários e fichas utilizadas na ESF, reuniões de serviço, diretrizes clínicas, protocolos clínicos, protocolos de encaminhamento, documentos técnicos (linhas de cuidado), protocolos de serviços, manuais técnicos, entre outros.

O **prontuário** é um documento para registro de todas as visitas e acompanhamento do cuidado do indivíduo assistido pela equipe. É um instrumento de acompanhamento longitudinal, que apresenta todas as infor-

mações da pessoa ao longo da continuidade do cuidado. A qualidade e a veracidade do registro auxiliam na comunicação, na tomada de decisão e na coordenação do cuidado⁵.

O uso regular e correto da **Lista de problemas**, parte do registro, é uma forma de facilitar e dinamizar o acesso às informações mais importantes do paciente por qualquer profissional da AB e, portanto, qualificar o cuidado e a sua coordenação. Assim, é importante estudar formas de registro na AB, em especial o Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP)¹⁴. O RCOP é composto pela base de dados da pessoa, pela lista de problemas, pelo plano inicial de cuidado e pelas notas de evolução da consulta.

O SOAP ou ReSOAP é uma forma de registrar o episódio de cuidado. É dividido em quatro partes: Subjetivo – informações subjetivas e apresentação dos problemas pelo paciente; Objetivo – informações objetivas observadas pelos profissionais; Avaliação – avaliação ou Lista de Problemas da consulta e impressões; e Plano – plano de manejo elaborado em conjunto¹⁵.

Saiba mais!

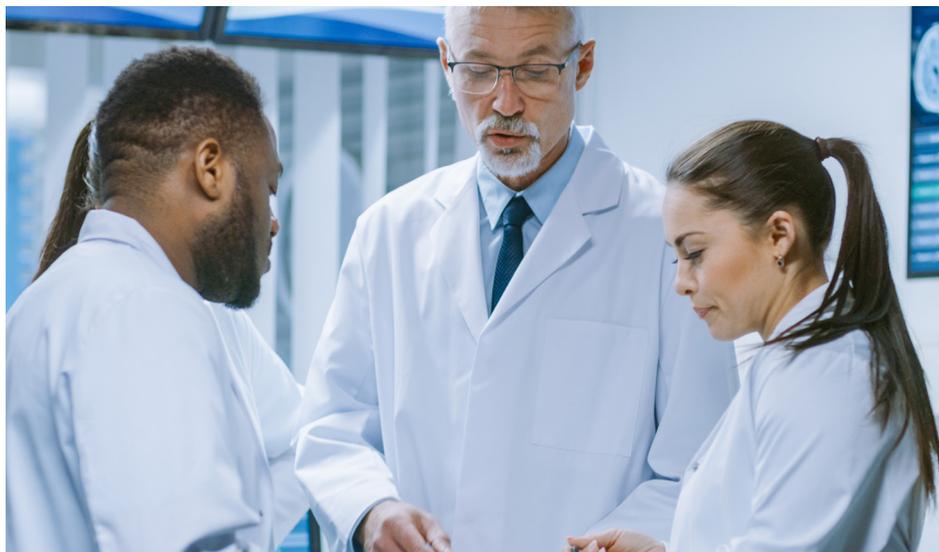
O RCOP pode ser usado por todos os profissionais da saúde. Conheça essa forma de registro e as vantagens de seu uso.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Genograma e **ecomapa** são instrumentos de avaliação familiar que se utilizam da representação gráfica. O genograma descreve a história da pessoa e da família, mapeando e ampliando o conhecimento sobre os familiares para que as intervenções dos profissionais de saúde no processo de cuidado sejam facilitadas. O ecomapa, por sua vez, identifica os sistemas envolvidos e relacionados com o paciente e o meio em que vive, facultando a visualização de áreas que podem ser utilizadas para melhorar o cuidado por toda equipe de saúde¹⁶.

No desenvolvimento das atividades cotidianas da prática, a equipe produz diversos espaços que desenvolvem a coordenação do cuidado, como as reuniões de equipe, que potencializam o cuidado na AB por meio da discussão. Esse espaço é elemento chave para a coordenação de cuidado devido à troca de informações entre membros da equipe de Saúde da Família, da equipe de Saúde Bucal e integrantes do NASF, ou mesmo outros profissionais da rede de saúde. Nesse espaço acontecem as discussões de caso, as reflexões sobre necessidades de saúde da população, a gestão da clínica e outras atividades que aprofundam aspectos do cuidado individual e coletivo, as quais buscam atingir a integralidade e qualificar a coordenação do cuidado.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os **registros de discussão** de caso que acontecem nos espaços das reuniões de equipe são fruto do conhecimento integrado de profissionais que propiciam o cuidado integral e são fundamentais para planejamento e coordenação.

A realização de atividades de gestão da clínica é fundamental para a adequação das ações necessárias para o cuidado da população sob responsabilidade da equipe. **Gestão da clínica** é um conjunto de tecnologias de microgestão que tem como objetivo promover uma atenção à saúde de qualidade, buscando avaliar as melhores evidências existentes, centrar-se nas pessoas e não causar danos a elas. Para isso, analisa se os indicadores da equipe foram atingidos ou não, como resolutividade, e planeja ações que qualifiquem o curso de cuidado daquela equipe¹⁷. O conhecimento do território e da população, assim como a organização da demanda e da agenda dos profissionais da equipe, são fundamentais para que as suas ações sejam efetivas para o cuidado, focando nas demandas de saúde da população, qualificando o acesso e realizando ações de prevenção e promoção de saúde¹⁸. A utilização de indicadores de cuidado e a gestão de lista de espera são fundamentais para a otimização do trabalho da equipe para a resolução de demandas.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

As **consultas compartilhadas** são espaços onde mais de um profissional faz atendimento individualizado ao usuário e cada um, dentro de seu núcleo, avalia a situação e propõe possíveis manejos e planos de cuidado.

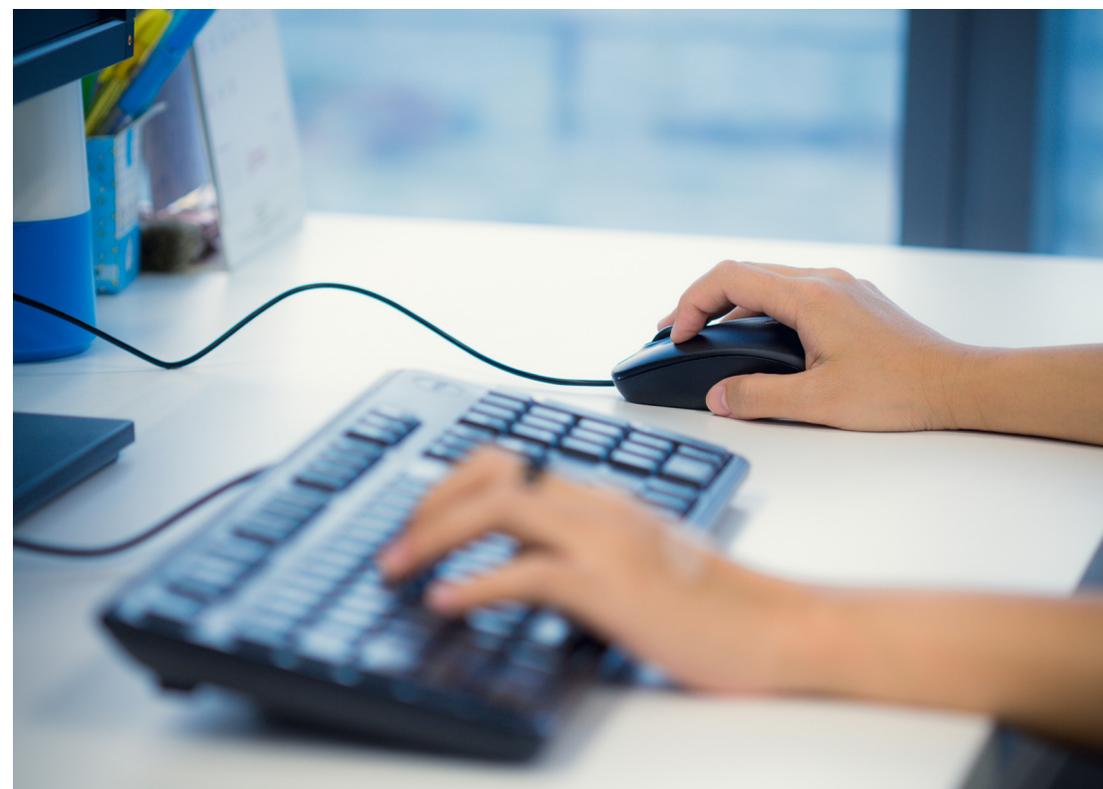
A equipe pode também utilizar-se de **ofertas de matriciamento de casos** com profissionais de fora da sua unidade, além de realizá-lo remotamente quando existirem ofertas de telematriciamento (como o Telessaúde) ou outros encontros presenciais e virtuais que compartilham o cuidado e, ao mesmo tempo, qualificam os profissionais da equipe para outros eventos de cuidado. Existem diversas estratégias de matriciamento, e todos proporcionam suporte técnico pedagógico, vínculo interpessoal e apoio institucional.

O matriciamento é uma estratégia utilizada para consultoria e compartilhamento de informações, integrando o conhecimento de diversos núcleos profissionais ou especialidades focais que, além de integralizar o cuidado, facilitam o acesso dos pacientes a este e ampliam a resolutividade da equipe. Tal estratégia pode ocorrer tanto entre próprios profissionais da AB como entre níveis de atenção¹⁹.

A teleassistência é uma modalidade de matriciamento que acontece via informatização. Diversas iniciativas aconteceram pelo país, entre estas o Telessaúde/RS, projeto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que busca criar mecanismos para melhorar a qualidade da coordenação do cuidado, tanto individual, por meio da teleconsultoria, quanto na produção de protocolos e diretrizes clínicas²⁰. Ambas as formas de teleassistência aumentam a resolutividade da AB e o poder de coordenação do cuidado.

Existem também alguns instrumentos de coordenação de cuidado que integram os níveis de atenção – prontuário eletrônico, sistemas de referência, contrarreferência e compartilhamento de cuidado.

Um elemento importantíssimo para a coordenação de cuidado é a melhoria da **comunicação** entre os diferentes serviços e níveis de atenção da rede de saúde. Formas de facilitar a troca de informação e o compartilhamento de cuidado devem avançar, de modo a proporcionar cuidado mais integral.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Com a informatização, o prontuário eletrônico e integrado é um potencial facilitador para a coordenação do cuidado. Com esse instrumento, profissionais de diversos níveis de atenção e serviços integram informações clínicas dos usuários e conseguem acompanhar longitudinalmente e continuamente o cuidado prestado.

Sistemas organizados e funcionais de referência e contrarreferência, assim como instrumentos de compartilhamento de cuidado (por exemplo, a alta compartilhada), diminuem as distâncias entre os níveis de atenção, ampliam a resolutividade e cuidam do indivíduo de modo mais integral.

Acrescenta-se que o uso de **protocolos** uniformiza as ações de profissionais de saúde em qualquer ponto da rede, sejam estes de acesso a serviços, exames ou protocolos de cuidado clínico. Os **protocolos de acesso** regulam a entrada e saída dos usuários nos diversos pontos da rede de saúde, seja para realização de exames complementares, visitas a especialistas, uso de serviços ou medicações. A correta aplicação desses protocolos organiza, classifica risco, melhora a resolutividade dos serviços e diminui o tempo de espera, adequando-o às necessidades dos usuários. Já os **protocolos clínicos**, assim como os manuais técnicos, trazem informações importantes e baseadas em evidências científicas que qualificam o cuidado e, conseqüentemente, aumentam a resolutividade tanto da AB como dos outros níveis de atenção.

Apesar da existência de diversos instrumentos que contribuem e auxiliam na coordenação do cuidado, a avaliação da efetividade desse atributo mantém sua importância, pois aponta fragilidades e estimula a construção de planos de ações que qualifiquem, dia após dia, o cuidado prestado à população.

O Primary Care Assessment Tool (PCATool), em português instrumento de avaliação da atenção primária, é um questionário que avalia os atributos essenciais e derivados de uma unidade de saúde. Através de entrevistas com usuários, identifica aspectos sobre a efetividade do cuidado primário prestado pela equipe estudada²¹.

A coordenação do cuidado é avaliada pelo PCATool com as seguintes perguntas (PCATool Brasil):

1. O nome do serviço de saúde/nome do médico/enfermeiro sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?

2. O nome do serviço de saúde/nome do médico/enfermeiro sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?

3. O seu médico/enfermeiro discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?

4. O seu médico/enfermeiro ou alguém que trabalha no/com nome do serviço de saúde ajudou-o/a a marcar esta consulta?

5. O seu médico/enfermeiro escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?

6. O nome do serviço de saúde/nome do médico/enfermeiro sabe quais foram os resultados desta consulta?

7. Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu médico/enfermeiro conversou com você sobre o que aconteceu durante a consulta?

8. O seu médico/enfermeiro pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?

Importante!

[Clique aqui](#)  e conheça o PCAToll Brasil na íntegra.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Trabalho em equipe multiprofissional

O trabalho em equipe desenvolvido na ESF, envolvendo equipes de SF, de SB e o NASF, utiliza saberes e habilidades dos núcleos profissionais e agrega conhecimentos construídos em conjunto, qualificando as práticas assistenciais, além de fomentar a efetividade do trabalho em equipe²².

A equipe de SF é composta, no mínimo, por médico (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família); auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). A equipe de SB pode ser composta, na Modalidade I, por Cirurgião-dentista e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) ou Técnico em Saúde Bucal (TSB), ou na Modalidade II por Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB¹¹.

As seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) na área de saúde poderão compor os NASF-AB: médico acupunturista; assistente social; profissional ou professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista ou obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (educador de arte); e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas, conforme normativa vigente¹¹.

O farmacêutico é um profissional com papel importante, devendo ser protagonista juntamente com o NASF, qualificando o acesso da população à farmacoterapia, contribuindo para o uso racional de medicamentos e proporcionando o Cuidado Farmacêutico aos usuários e à comunidade²³.

A inserção do profissional farmacêutico no contexto de promoção à saúde e, conseqüentemente, na AB, tem se configurado de forma a construir uma identidade a partir de novas práticas, que transcendem a disponibilização do insumo farmacológico e têm como fundamento básico a redução dos riscos de morbimortalidade e o uso adequado dos

medicamentos. A configuração de políticas públicas e criação de ambientes propícios de promoção exigem, assim, habilidades profissionais, inclusive na área farmacêutica, que vão além da capacidade técnica. Entretanto, essa configuração também necessita ser política e possibilitar a compreensão dos diversos aspectos que compõem o ser humano^{24,25}. Nessa perspectiva, a atuação do farmacêutico no NASF-AB propicia o desenvolvimento de atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas, as quais devem ser definidas com base nas características do serviço e nas necessidades do território, com vistas a alcançar melhores resultados advindos com a farmacoterapia e qualidade de vida dos usuários. São elementos fundamentais nesse processo, portanto, o apoio matricial, a gestão de casos e a educação permanente²⁶.

Síntese da Aula

Esta aula teve como principal objetivo apresentar a coordenação do cuidado como atributo central no processo de trabalho dos profissionais que atuam na AB.

Exercer a coordenação do cuidado de forma adequada depende de uma concepção de saúde e cuidado mais abrangente, em que a prática profissional compreenda o sujeito sob o foco do cuidado de maneira ampla. Esse sujeito deve estar incluído em uma rede de saúde que facilite seu acesso ao cuidado integral e longitudinal, que considera aspectos culturais, familiares e da comunidade.

Diversos instrumentos de coordenação do cuidado estão presentes na prática dos profissionais da AB, e sua potencialidade deve ser compreendida e usada para qualificar o processo de coordenação.

Apesar de a coordenação do cuidado ter um foco mais gerencial da pessoa no sistema, o foco do cuidado deve ser o paciente, e ações singularizadas que aconteçam após o conhecimento do sujeito e da complexidade de sua demanda servem para qualificar esse serviço.

Referências

1. Ferla AA, Campello AMMB, Mota A, Martins AS, Fonseca AF, Santos AFT, et al. Dicionário da Educação Profissional em Saúde [Internet]. 2ª ed. rev. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008 [acesso 18 de abril de 2018]. Cuidado em Saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>
2. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Cien Saúde Colet. 2001; 6(1):63-72.
3. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde em Debate. 2018; 41(115):1177-86.
4. Buzz PM, Filho AP. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [acesso em 25 de abril de 2019]; 22(9):2005-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=pt
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
6. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961;265:885-92.
7. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med [Internet]. 2001 [acesso em 25 de abril de 2019]; 344(19):1471-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11430334/>
8. Gusso G, Machado LBM. Atenção Primária à Saúde. In: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 28-36.
9. World Health Organization. A charter for General Practice/Family medicine in Europe: working draft. Geneva: WHO; 1994.
10. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez. 2010; Seção 1. p. 88.
11. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set. 2017; Seção 1. p. 68.
12. Dicionário Online de Português [Internet]. [acesso em 1 maio 2019]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>
13. Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SMP. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde uma proposta de itens para avaliação destes atributos. Rev bras med fam comunidade [Internet]. 2017 [acesso em 20 de abril de 2019]; 12(39):1-18. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1363/856%0A>
14. Demarzo M, Oliveira C. Prática clínica na estratégia saúde da família: organização e registro [Internet]. São Paulo: UNIFESP; 2011 [acesso em 02 de maio de 2019]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15m/unidade15m.pdf
15. Gusso G, Lopes JMC. Registro de Saúde Orientado por problemas. In: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 394-402.

16. Dias LC. Abordagem familiar. In: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 282-99.
17. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúdes: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
18. Gusso G, Neto PP. Gestão da Clínica. In: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 205-12.
19. Chiaverini HD, Gonçalves D, Balester D, Tófoli LF, Chazan L, Almeida N, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
20. Haddad AE, Skelton Macedo MC, Abdala V, Bavaresco C, Mengehel D, Abdala CG, et al. Formative second opinion: qualifying health professionals for the unified health system through the Brazilian Telehealth Program. *Telemed J e-Health*. Feb. 2015; 21(2):138-42.
21. Brasil. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
22. Pereira RCA, Riveira FJU, Artman E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface [Internet]*. 2013 [acesso em 01 de maio de 2019]; 17(45):327-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0613.pdf>.
23. Brasil. Práticas farmacêuticas no núcleo de apoio à saúde da família (Nasf) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 29 de abril de 2019]. Disponível em: http://www.saude.goiania.go.gov.br/docs/divulgacao/NASF_praticas_farmaceuticas_nasf_2017.pdf
24. Leite SN. Quê “promoção da saúde”? Discutindo propostas para a atuação do farmacêutico na promoção da saúde. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. Nov.-dez. 2007 [acesso em 29 de abril de 2019]; 12(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600036
25. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. Jan.-mar. 2007 [acesso em 29 de abril de 2019]; 12(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100024.

Autora

Bárbara Cristina Barreiros

2017-2019 Mestrado em Programa de Pós Graduação Avaliação TecnologiasSUS. Escola GHC - Grupo Hospitalar Conceição, ESCOLA GHC, Brasil. Orientador: Ananyr Porto Fajardo. Coorientador: Margarita da Silva Dierks. 2005 - 2007 Especialização - Residência médica. Grupo Hospitalar Conceição, GHC, Brasil. Residência médica em: Medicina de Família e Comunidade. 2015 - 2016 Especialização em Especialização em Preceptoría de Residência Médica. Hospital Sírio-Libanês, SIRIO-LIBANÊS, Brasil. Título: METODOLOGIAS QUE RECRIAM O EDUCADOR: UM PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE SABERES. 1999 - 2004 Graduação em Medicina. Universidade de Mogi das Cruzes, UMC, Brasil.

Aula

3



Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), no contexto do profissional Farmacêutico

Autora: Patrícia Sampaio Chueiri



Ementa da aula



Esta aula aborda brevemente a história do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), descrevendo seus conceitos e componentes, na perspectiva do farmacêutico, a partir dessa teoria. Além disso, esta aula também trata de forma sucinta do conceito de prevenção quaternária.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Conhecer a história e as teorias que sustentam o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP); compreender os componentes do MCCP; refletir sobre a prática do método, no seu próprio contexto, ou seja, na perspectiva do Cuidado Farmacêutico; descrever o conceito de Prevenção Quaternária; exemplificar ações de prevenção quaternária na perspectiva do cuidado farmacêutico.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

A aula anterior tratou das ferramentas que os profissionais de saúde possuem para realizar a coordenação do cuidado. Nesta aula daremos continuidade ao uso de ferramentas e métodos para o cuidado em saúde, porém o foco será a consulta, o encontro entre o profissional de saúde e a pessoa que busca ou necessita de cuidado. Apresentamos aqui o Método Clínico Centrado na Pessoa, mais conhecido como MCCP.

E você deve estar se perguntando: *Mas por que o profissional de saúde precisa de um método para abordar os seus pacientes? Atender não é algo intuitivo?*

Cuidar é uma característica do ser humano, com menor ou maior facilidade, todos nós, em algum momento, iremos exercer essa atividade. Mas, quando falamos de cuidado, na perspectiva da atenção à saúde, do ponto de vista profissional, é importante que alguns objetivos sejam atingidos, entre eles a satisfação do usuário e a qualidade da atenção. Só assim teremos sistemas de saúde com bons resultados (avanços nos indicadores) e centrados nos usuários, e que, portanto, serão sustentados pela sociedade.

Nesse sentido, a consulta é um dos principais recursos ou ato, conhecida como **tecnologia leve** do cuidado em saúde. *Você já pensou sobre o que define uma consulta?*

Glossário!

Tecnologia leve: Tecnologia é aqui entendida como um conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo como: trabalho vivo, produção de serviços, abordagem assistenciais, ou seja, modos de produção de acolhimento, vínculo e responsabilização.

Método: “seguir um caminho” (para chegar a um fim).



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Faça um
exercício mental:
como você
definiria o termo
CONSULTA?



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

José Mauro Ceratti Lopes, médico de família que ajudou a difundir o MCCP no Brasil, propõe o termo *consultagem* para o ato de fazer consultas e o define como “*uma prática social entre médico e Pessoa, com troca de conhecimentos, com um contrato baseado na parceria, na busca de construir o Cuidado, através de ações dentro e fora do consultório, de ambas as partes*”¹. O termo médico pode ser substituído por profissional da saúde, partindo do cuidado multiprofissional.

Sempre que utilizamos um **método** (uma técnica) para execução de uma atividade será mais fácil de alcançarmos nossos objetivos, assim como também será possível reproduzi-lo em outras ocasiões.

Isso quer dizer que as consultas serão todas iguais?

Não! Afinal em cada uma delas estamos diante de alguém com especificidades/individualidades, o que será repetido é apenas o método e não o conteúdo. Entretanto, é importante ressaltar que mesmo quando utilizamos um método para execução das nossas tarefas haverá necessidade de algum grau de flexibilidade e adaptação de acordo com a situação vivenciada.

A partir desses conceitos, daremos início ao estudo do MCCP. Neste material, você encontrará informações sobre sua história, as evidências dos seus benefícios e quais são os seus quatro componentes.

História do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)

O MCCP foi desenvolvido dentro da academia, mais precisamente na Universidade de Western Ontário, Canadá, no Departamento de Medicina de Família, mas nasce também da prática de um médico de família e comunidade sul-africano, chamado Joseph Levenstein.

Na sua dissertação de mestrado, José Mauro Ceratti Lopes relata o surgimento do método da seguinte forma:

“A história do método iniciou quando o Doutor Levenstein, num dia típico de trabalho em seu consultório na África do Sul, atendendo 30 pessoas com uma variedade de problemas, foi desafiado pela pergunta de uma estudante de medicina. Ela perguntou-lhe como ele sabia o que fazer com cada uma delas; comentou que sua abordagem era diferente do que ela havia observado no hospital, e que ela não conseguia reconhecer nenhum padrão nesta técnica. Dr. Levenstein explicou que o que ele fazia era orientado “[...] pelo seu conhecimento prévio de cada paciente, pela frequência das diferentes doenças na sua comunidade, e pela importância que ele colocava na continuidade e compreensão do cuidado, prevenção e relação médico-paciente.” (LEVENSTEIN, 1984 apud STEWART, 2003, p. 4). Ele imediatamente percebeu a sensação de frustração da estudante – sua resposta não tinha ajudado-a entender seu método. Decidiu então gravar em vídeo os atendimentos no consultório e analisá-los. Ao final, ele revisou cerca de 1.000 gravações de atendimentos e concluiu que sua abordagem combinava uma abordagem tradicional com perguntas aberto-fechadas sobre tudo que a Pessoa desejasse tratar. Ele encontrou nas gravações intervenções efetivas e não efetivas. Ele percebeu que as consultas nas quais ele percebeu as queixas e expectativas sobre a visita foram bem; mas se ele esqueceu ou não percebeu as “dicas” da Pessoa sobre “sua agenda”¹⁷, a consulta foi menos efetiva. Estava aqui alguma coisa que poderia ser ensinada (p.125 e 126)¹. ”

Apesar dessa grande experiência, Levenstein não foi o único colaborador para a construção do método. Uma série de outros profissionais da academia e da assistência, em sua maioria médicos generalistas ou médicos psiquiatras, também colaboraram de alguma forma para a construção teórico-conceitual do método como o conhecemos hoje. Apresentamos a seguir uma lista, também elaborada por Lopes¹, com os principais nomes e seus respectivos trabalhos ou contribuições.

1939

George Candy Robinson: *“The Patient as a Person- A study of the social aspects of illness.”*

Carl Rogers: criou o aconselhamento centrado no cliente.

1951

1957

Michael Balint introduziu o conceito da medicina centrada na pessoa e de escuta atenta.

Patrick S. Byrne e B.E.L. Long estudaram as diferenças da entrevista centrada no paciente e centrada no médico.

1976

1977

George L. Engel descreveu o modelo biopsicossocial.

Joseph Levenstein, sul-africano: passou a estudar seus atendimentos, gravou suas consultas.

1980

1994

Ian McWhinney, Moira Stewart e outros: estudaram e desenvolveram o Método Clínico Centrado no Paciente.

José Mauro Ceratti Lopes: responsável pela disseminação do Método Clínico centrado na pessoa no Brasil.

2005

Na década de 1950, Balint descreveu a diferença entre diagnóstico integral e tradicional e criou conceitos a partir da discussão de casos complexos com médicos generalistas; dentre tais métodos, destacam-se: “medicina centrada na pessoa” e “o médico como remédio”. Esse psiquiatra também debateu e pesquisou a influência da relação médico-pessoa no processo do cuidado. Ele trouxe para o debate da época a importância do médico se preocupar com seu próprio desenvolvimento emocional. Duas décadas depois, Engel, médico atuante na década de 1970, publicou suas reflexões teóricas e fez críticas ao método convencional. A principal delas é de que, para ele, este não era científico e ainda julgava os aspectos sociais e interpessoais da vida das pessoas com base nos costumes e, às vezes, nos referenciais do próprio médico. Balint e Engel produziram um robusto referencial teórico para o desenvolvimento do MCCP, que, em resumo, trata-se da aplicação prática da teoria produzida por eles¹.

Leia um pouco mais!

[A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde](#)

[Modelo biopsicossocial](#)



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Entretanto, foi o grupo da universidade canadense que conseguiu trazer a teoria para a prática, e desenvolveu o MCCP com base nas teorias descritas anteriormente, somadas às pesquisas sobre a relação médico-paciente de Ian McWhinney e de Moira Stewart e à experiência e reflexão sobre a prática médica de Levenstein, que migrou para o Canadá na década de 1980, justamente para aprofundar suas pesquisas sobre o seu método clínico. Portanto a partir da criação do método foi possível que ele fosse estudado e validado pela ciência (avaliado, comparado, julgado), assim como também passou a ser ensinado¹.

Hoje o MCCP pode ser considerado como a prática do equilíbrio entre o método ontológico e o método fisiológico. Apesar de ainda haver um desequilíbrio e o método mais comumente praticado seja o ontológico/convencional ou moderno².

Saiba mais!

Método ontológico: convencional/acadêmico – a doença é o foco, independentemente da pessoa, o objetivo é classificar a doença, dar um diagnóstico.

Método fisiológico: natural/descritivo – o foco está em todas as dimensões da doença incluindo seus aspectos individuais e pessoais.



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Stewart et al., na terceira edição do livro *Medicina Centrada na Pessoa*, publicada em 2017, descrevem a seguinte evolução histórica do método³:

1

Período de 1982-1992: desenvolvimento teórico do método.

Período de 1992-2002: implementação de programas de ensino do método nos cursos de graduação e de residência médica e desenvolvimento das primeiras pesquisas de avaliação do MCCP.

2

3

Período de 2002-2012: publicações e publicização dos resultados das pesquisas sobre o MCCP que demonstravam os seus benefícios.

Os autores colocam como desafio para o futuro a aplicação do método sobre uma gama mais variada de problemas de saúde, desenvolvendo e propiciando evolução ao método a partir de situações clínicas concretas³, criando, dessa forma, a oportunidade para desenvolvimento do método a partir da experiência prática de outras profissões da saúde para além da medicina.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Evidências sobre o MCCP

Assim que o método foi criado e sintetizado conceitualmente, pôde então ser avaliado. Por isso, na última década, as pesquisas em torno do assunto cresceram e hoje existem inúmeras evidências, incluindo revisões sistemáticas, do seu impacto no processo de cuidado³.

De forma mais geral, o MCCP tem impacto positivo tanto para a própria pessoa (resultados específicos, adesão ao tratamento, nos autorrelatos e em resultados objetivos), como para o profissional. No âmbito do

profissional, avaliou-se as intervenções com foco nesse indivíduo ou no processo da consulta (ex.: educação permanente do tipo treinamento em habilidades de comunicação), as quais demonstraram resultados positivos em relação ao esclarecimento de preocupações, melhor informação sobre opções de tratamento e melhora do nível de empatia³.

Em relação às pesquisas sobre adesão ao tratamento, os resultados também são positivos, e incluem não apenas profissionais médicos, mas também farmacêuticos e enfermeiras. Quando esses profissionais são melhores comunicadores, a adesão é maior. Além dessa variável, de acordo com a pesquisa, outras três também influenciaram a adesão, são elas: a gravidade da doença (quanto mais grave maior adesão de profissionais); ser pediatra também aumentava a adesão; por fim, ser estudante (por exemplo: residentes), ou seja, oportunidade de experiência³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Em relação aos resultados relacionados a desfechos mais concretos de saúde há uma menor quantidade de estudos e os resultados apontam que as intervenções que podem ter impacto positivos são aquelas que focaram médicos e pacientes. No campo da saúde mental existe associação entre o cuidado centrado na pessoa e o desfecho melhor em pessoas deprimidas³.

O box a seguir sintetiza as evidências encontradas quando se compara o modelo tradicional ao MCCP²:

1 diminui a utilização dos serviços de saúde;	2 aumenta sua satisfação;
3 diminui queixas por má prática;	4 melhora a aderência aos tratamentos;
5 reduz preocupações;	6 melhora a saúde mental;
7 reduz os sintomas;	8 melhora a recuperação de problemas recorrentes.

As evidências produzidas aproximam dois campos essenciais para a qualificação do cuidado em saúde: a prática clínica centrada na pessoa e a prática baseada em evidências.

Leia um pouco mais nesse editorial sobre o MCCP e MBE:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000500001. 

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)

O Método Clínico Centrado na Pessoa tem quatro componentes, conforme listados a seguir:

1 Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença;	2 Entendendo a pessoa como um todo;
3 Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas;	4 Fortalecendo a relação entre a pessoa e o médico (profissional de saúde).

Os quatro componentes em geral são apresentados e descritos de forma separada, porém, quando praticados, são interdependentes e simultâneos. Exploraremos mais adiante cada um dos componentes.

O profissional experiente no MCCP deve ter habilidade de ir e vir em todos os componentes de acordo com as dicas da pessoa no momento da consulta. É esse processo de ir e vir que possibilita que os objetivos de uma consulta sejam atingidos: entender a razão da consulta, considerar outros problemas, definir de forma compartilhada um plano de cuidado (plano terapêutico), melhorar a saúde e produzir satisfação para a pessoa e para o profissional.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A Figura 7 a seguir representa esse processo de interação entre os componentes.

Figura 7. Interação entre os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)



Fonte: Adaptado de Stewart et al.³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença

A citação do médico William Osler: “É muito mais importante saber que tipo de Pessoa tem uma doença, do que saber que doença a Pessoa tem”, define de forma clara o objetivo do primeiro componente (apud p. 53)².

Com isso, o autor propõe que o profissional explore de forma mais ampla o adoecimento, olhando não só para os aspectos biológicos, mas também para tudo o que envolve o processo saúde-doença. Explorar a saúde significa entender o que significa saúde para a pessoa e qual o papel dela na vida de cada indivíduo. Cabe buscar também quais são os hábitos de vida de cada um, que podem ser promotores ou não de saúde, a fim de avaliar se cabe alguma orientação relacionada à promoção da saúde e se é o momento adequado para essa ação. Conhecendo a relevância da saúde na vida de cada pessoa fica mais fácil adaptarmos orientações sobre hábitos saudáveis, que façam sentido para cada um.

Estudar a doença é trazer o foco para as questões biológicas, os sinais e sintomas, em busca de realizar um diagnóstico objetivo quando adequado. Essa tarefa, em geral, já é habitual para nós, profissionais de saúde, e deve ser parte desse primeiro componente. Por outro lado, explorar a experiência da doença visa compreender o que de subjetivo e individual está envolvido nesse processo (quais os medos, as expectativas, por que buscou cuidado hoje?).

Usar o acrônimo **SIFE** ajuda a abordar a experiência da doença⁴:

- » A letra **S** significa sentimentos da pessoa (exemplo: Tenho medo que seja algo grave e precise operar.).
- » A letra **I** representa as ideias da pessoa sobre o que está errado, o que ela acha que está acontecendo (exemplo: acho que fiquei assim porque ontem à noite dormi mal e tive uma semana cheia de tarefas.).
- » A letra **F** significa funcionamento, qual o impacto deste processo na sua vida (exemplo: Minha esposa tem reclamado que eu não a procuro mais.).
- » A letra **E** representa as expectativas da pessoa (exemplo: Não seria bom tomar uma injeção e fazer alguns exames?).

Para efetivarmos esse componente é necessário estarmos atentos às dicas verbais e não verbais das pessoas durante a consulta e buscarmos respostas para as seguintes perguntas:

- » O que mais preocupa a pessoa?
- » O quanto isso está afetando a sua vida?
- » O que ela pensa sobre o problema?
- » Como ela acredita que o profissional possa ajudá-la?

Caso essas respostas não apareçam espontaneamente, o profissional pode fazer essas perguntas diretamente à pessoa, pois elas ajudam a centrar a consulta na pessoa e na sua individualidade e não na doença.

Iniciar a consulta com perguntas abertas (por exemplo: Em que posso te ajudar hoje? O que te trouxe aqui?) faz com que boa parte dessas informações apareçam já no início da consulta. É importante procurar deixar o paciente falar livremente, sem interrompê-lo. Depois desse primeiro momento, pode-se realizar perguntas complementares tanto para entender a experiência da doença como para a doença em si e a partir daí realizar o raciocínio clínico e desenvolver o plano de cuidado compartilhado.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Essa tarefa ainda não é tão habitual, portanto, precisamos treiná-la. Duas dicas que podem ajudar nesse treinamento são:

1) sempre, ao final da consulta, verifique se você consegue responder as perguntas do acrônimo SIFE;

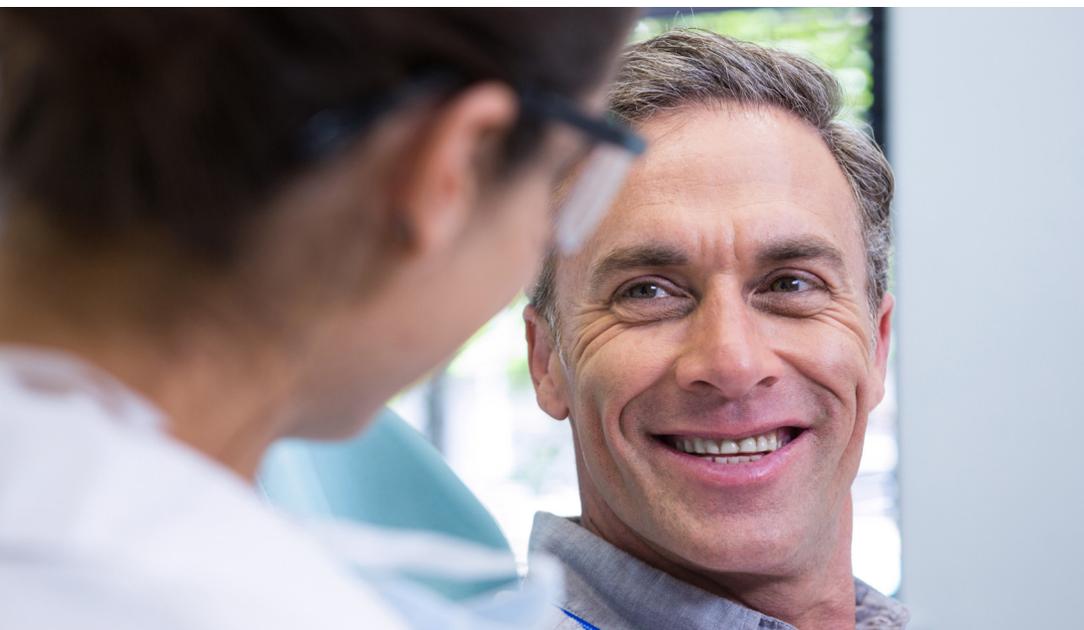
2) se possível, grave alguns dos seus atendimentos, com consentimento do paciente, e assista ou ouça para ver se conseguiu captar a comunicação verbal e não verbal do paciente e compare com as suas anotações sobre a consulta.

» Entendendo a pessoa como um todo

O segundo componente engloba compreendermos a pessoa, a família e o seu contexto (próximo e distante). Para isso, a principal ferramenta é o cuidado ao longo do tempo (longitudinal) e os dados de prontuário, que proporcionam a continuidade do cuidado⁴. Muitas vezes, os profissionais da Atenção Básica conhecem as pessoas antes delas ficarem doentes, conhecem a família, a rede de apoio social e talvez até o local de trabalho, se este for no mesmo território da Unidade Básica de Saúde (UBS).

O contexto proximal inclui: a família, o trabalho ou a escola, o lazer, a rede de apoio social, já o contexto distante envolve a cultura, a comunidade onde se vive, o meio ambiente e a situação econômica. Identificar o ciclo de vida individual (ex.: adolescência, início de carreira, saída da casa dos pais, entrada na escola etc.) e familiar (ex.: casal com filhos pequenos, família com avós, casal recém casado etc.) faz parte desse componente e sempre que pertinente deve ser incluído nas anotações da consulta, assim com o contexto proximal e distal².

A família, além de fonte de saúde ou de adoecimento, é fonte de informação, então incluir familiares na consulta, se permitido pelo paciente, pode apoiar na análise do papel da família, principalmente para pacientes com problemas graves ou queixas de saúde mental. Compreender como a doença afeta os papéis desempenhados na família pela própria pessoa e pelos familiares também é parte desse componente. Da mesma forma, é importante obter informações sobre o histórico de saúde da família².



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O profissional que entende a importância e o papel da família para o processo de saúde e de adoecimento terá tanto a sua avaliação quanto o seu leque de atuação ampliado. Estar doente é apenas uma dimensão da pessoa e, portanto, é reduzido para ser o único espectro de análise.

»» Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas

A escolha final sempre será da pessoa, respeitando a autonomia como princípio ético do cuidado em saúde. Mas, o objetivo é que o plano de cuidado seja sempre construído de forma compartilhada. Para isso é essencial que o profissional e seu paciente tenham consenso sobre (a) qual é o problema, (b) quais as prioridades e metas e (c) qual será o

papel de cada um nesse processo. Todos esses pontos devem fazer sentido para o profissional e para a pessoa².

Durante a definição do problema é importante evitar termos técnicos e estimular a pessoa para que ela esclareça todas as suas dúvidas e incertezas. Fazer perguntas que cheguem o entendimento da pessoa é uma técnica que sempre ajuda nessa tarefa. Por exemplo: Deixe-me ver se entendi o que você disse... Ou: Você poderia me explicar como está entendendo o seu problema?⁴

Para a definição de prazos e metas, além de levar em consideração a opinião da pessoa, é essencial debater com ela se as metas são factíveis e quais seriam as dificuldades que podem aparecer no caminho. Nem todas as decisões precisam ser tomadas em um primeiro momento, caso a pessoa necessite de um tempo para refletir ou para se informar melhor ou debater com a família não há qualquer problema.

A divisão dos papéis pode gerar desentendimentos quando a pessoa não quer muita autonomia e na verdade está buscando um especialista que diga exatamente o que ela deve fazer (profissional com ações paternalistas). Perceber essa situação é essencial para evitar atritos e desconstrução do vínculo. Nesses momentos, é necessário dar um passo atrás e assumir a responsabilidade por parte das decisões e trabalhar esse processo ao longo do tempo para que no futuro a pessoa esteja disposta a ter mais autonomia².

Outra situação comum é nos depararmos com problemas de adesão ao tratamento. Nessas situações, deve-se abordar a questão de forma objetiva, mas gentil, com questões como: Ainda não chegamos no resultado esperado, você está tendo algum problema com os medicamentos? Ou: Muitas pessoas esquecem de tomar remédio todos os dias, isso costuma acontecer com você também?²

O momento de definição de metas terapêuticas deve incluir, quando necessário, ações relacionadas a prevenção e a promoção, sempre baseadas no que foi explorado no componente 1. Aqui fica bem claro o processo de ir e vir do método e a interdependência dos componentes.

O uso do MCCP não exige que o profissional seja rígido, ao contrário, ele deve saber reconhecer as necessidades de cada indivíduo, observar os aspectos culturais e os diferentes perfis que buscam cuidado. A flexibilidade é a arte do método. Por exemplo, o grau de participação das pessoas na tomada de decisão vai variar e depender das características de cada um, tais como idade, capacidade física, capacidade emocional; devemos saber compreender e considerar essas características nas consultas. Quando trabalhamos em equipe o papel assumido pela pessoa pode variar a depender do profissional que está realizando o cuidado (médico, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo)².

Uma ferramenta interessante é sumarizar verbalmente os problemas, as metas e o plano de cuidado. Caso essas informações sejam muito extensas isso pode ser feito de forma escrita para facilitar a compreensão e adesão ao plano. Em seguida, averiguar se a pessoa concorda e se tem dúvidas.

»» Fortalecendo a relação entre a pessoa e o profissional de saúde

O quarto componente é ao mesmo tempo algo natural do cuidado na AB, mas também desafiador!

Natural justamente pelo caráter longitudinal do cuidado e pelo conhecimento das pessoas em diversos momentos e diferentes situações que a AB proporciona. Essa característica faz com que o vínculo seja construído e fortalecido de forma constante. Por outro lado, há o desafio de não deixar que essa rotina nos faça ver a pessoa que busca cuidado sempre da mesma forma, com os mesmos “rótulos”. Fazer com que cada encontro seja um momento de fortalecimento do vínculo, em que as informações passadas sejam consideradas, porém não definam o cuidado atual, tornando cada consulta única.

Um ponto-chave para obtermos sucesso nessa etapa do método é desenvolvermos a autopercepção e o autoconhecimento, reconhecer e usar a transferência e a contratransferência no desenrolar das consultas. Saber compartilhar o poder, demonstrar interesse e segurança são também peças fundamentais².

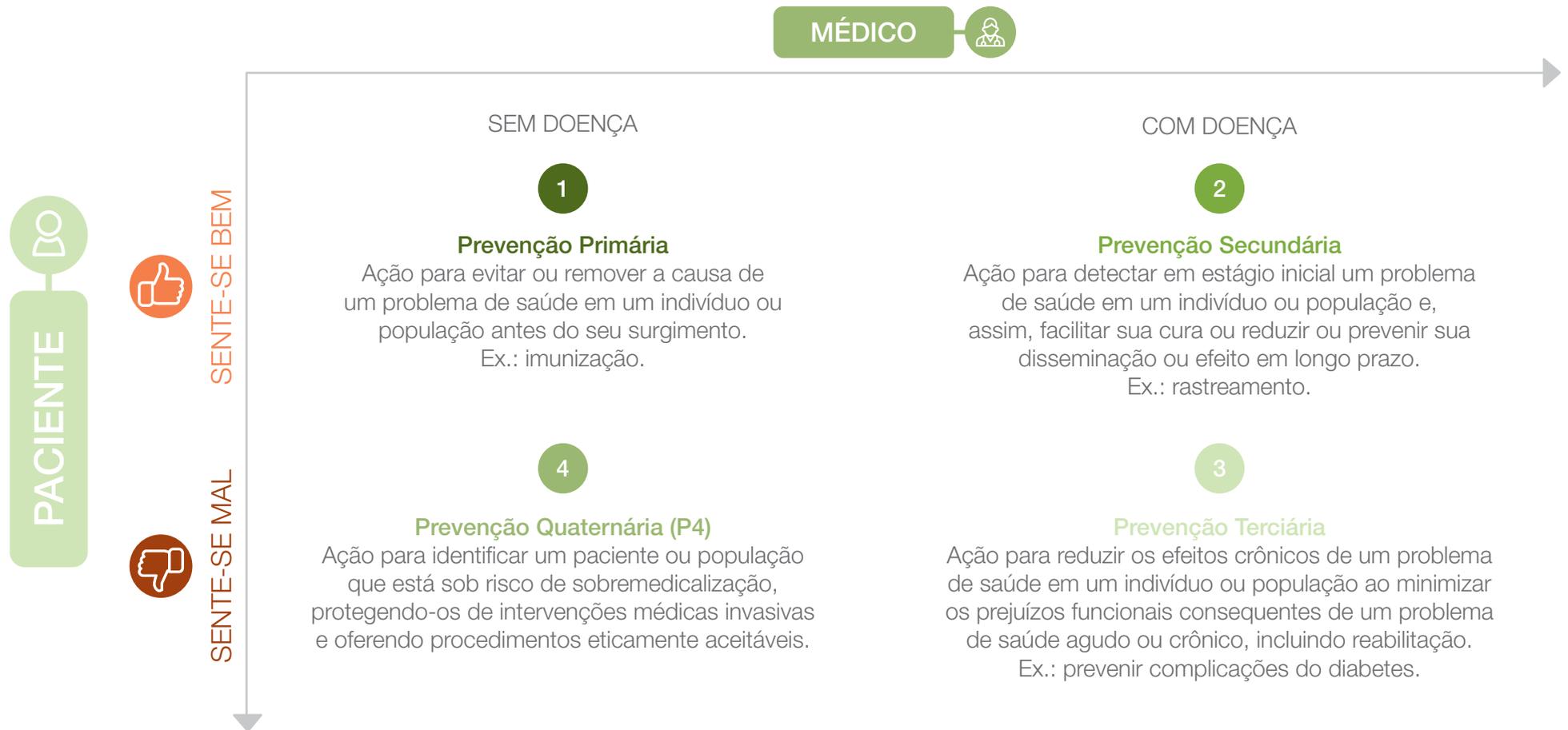
O segundo ponto-chave é reconhecermos que as pessoas são muito diferentes e, portanto, devem receber diferentes abordagens. Não só diversas nas suas experiências, mas também nas suas potencialidades e resiliência².

Alguns comportamentos do profissional podem ajudar no fortalecimento do vínculo, por exemplo, estar atento no momento da consulta (presente e dedicado), não disputar “verdades” com os pacientes, fazer acordos quando houver divergências, usar o poder do olhar e do toque ao cumprimentar². O potencial “curativo” do vínculo, da relação de confiança entre profissional de saúde e a pessoa que busca cuidado, se faz presente nesse componente.

➤ Prevenção Quaternária

O MCCP também tem seu papel dentro do campo da prevenção quaternária. Mas, o que é prevenção quaternária?

A prevenção quaternária é um conceito criado por um médico de família chamado Marc Jamouille, a partir do compromisso do médico de *primum non nocere* (primeiro não fazer mal) e dos debates na sociedade sobre a medicalização da vida⁵. O autor propõe a definição das categorias de prevenção (primária, secundária, terciária e quaternária) a partir da ótica da pessoa que busca o cuidado e não a partir da lógica da doença (conceito de Levell e Clarck)⁶. O **infográfico** a seguir foi construído por Jamouille para explicar o conceito⁷:



Fonte: Tesser⁷.

De acordo com Tesser: “A prevenção quaternária (P4) é um conceito (e prática) relativamente recente, que significa a ação de identificar pessoas em risco de medicalização excessiva e protegê-las de novas intervenções desnecessárias, evitando danos iatrogênicos e propondo medidas eticamente aceitáveis”⁷.

A prática do cuidado baseada na centralidade do sujeito autônomo proposto pelo M CCP, torna-se também uma das ferramentas para que o profissional de saúde consiga evitar excessos da medicina, como exames desnecessários, efeitos adversos evitáveis por excesso de medicação, facilitando a prática da prevenção quaternária.

Síntese da Aula

Esta aula abordou de forma resumida os fundamentos teóricos do Método Clínico Centrado na Pessoa assim como alguns dos seus aspectos práticos. Apresentou sua história, as evidências da sua efetividade e descreveu cada um dos seus quatro componentes. Ao final, discorreu brevemente sobre o conceito de Prevenção Quaternária e a sua relação com o MCCP.

Aplicar o método requer, além de conhecimento teórico, disponibilidade (vontade) e treinamento prático. Somente a partir da sua experimentação é possível compreendê-lo de forma mais aprofundada, fazendo com que sua prática seja algo natural ao cuidado em saúde. Talvez no início soe um pouco mecanizado, mas, com o passar do tempo (vivência), vai ficando mais fácil o ir e vir em cada um dos seus componentes. Experimente!

A próxima aula será sobre a Farmácia Clínica e o Cuidado Farmacêutico frente às transformações do sistema de saúde e da morbimortalidade relacionada aos medicamentos, tema de extrema importância que tem relação próxima com a prevenção quaternária e que pode também se beneficiar do MCCP.

Referências

1. Lopes JMC. A Pessoa como Centro do Cuidado: a abordagem centrada na Pessoa no processo de produção do Cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde. 2005.
2. Lopes JMC. Método de abordagem centrado na pessoa.pdf. In: Knupp D, Umpierre RN, eds. Programa Atualização Em Medicina Da Família e Comunidade (PROMEF), Ciclo 10, Volume 2. Porto Alegre: ArtMed; 2017:9-45.
3. Stewart MS, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina Centrada Na Pessoa: Transformando o Método Clínico. 3a. edição. Porto Alegre: ArtMed; 2017.
4. Lopes JMC, Dias LC. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática . 2a. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018:1449.
5. Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gêrvas J, Jamouille M, Gervas J. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. Prim Care. 2010;18(18):350-354. doi:10.1177/1753465811406001
6. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale [Computer and computerisation in general practice]. Les informa-g-iciens. 1986;(1):193-209.
7. Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? Rev Saude Publica. 2017;51:116. doi:10.11606/s1518-8787.2017051000041

Material Complementar

Ceon, Mariane. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa, [acesso em 23 Maio 2019]. Disponível em: https://www.una-sus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf

Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to over-medicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, 2015 [acesso em 23 Maio 2019];4(2):61-4. Disponível em: http://www.ijhpm.com/article_2950_ea20f1b4fc4d613ac38b9a7a1bf85ea5.pdf

Vídeos que demonstram o método clínico:

Caso IVAS 1. YouTube. Publicado por Ronaldo Zonta, 29 ago. 2015 [acesso em 23 Maio 2019]: Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nnSQ8F-fbOM>

Caso IVAS 2. YouTube. Publicado por Ronaldo Zonta, 29 ago. 2015 [acesso em 23 Maio 2019]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=5Whbb_Ma0xc

Autora

Patrícia Sampaio Chueiri

Médica especialista em medicina de família e comunidade (MFC) e mestre em epidemiologia. Atuou como MFC em São Paulo por 5 anos consecutivos na Unidade Básica de Saúde Vila Aparecida, foi professora do curso de medicina da Universidade São Camilo e tutora do PET Saúde, desta mesma universidade. Em 2009, passou a trabalhar no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, onde atuou até 2012, lá participou da coordenação do grupo de trabalho que revisou a Política Nacional de Atenção Básica (2012) e também do grupo de trabalho que criou o sistema de informação eSUS-AB. Em 2013 assumiu como coordenadora a Coordenação Geral de Atenção as Pessoas com Doenças Crônicas do Departamento de Atenção Especializada e Temática do Ministério da Saúde (Brasil), onde coordenou a revisão da Política Nacional de Oncologia, e a publicação de linhas de cuidado de doenças crônicas. Em Agosto de 2015 deixou o Ministério da Saúde para estudar Saúde Pública na Emory University/Atlanta/EUA. Entre 2016 e 18 foi professora da Faculdade de Medicina da UFRGS, e preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade do HCPA/RS. Atualmente é doutoranda da Pós Graduação de Epidemiologia da UFRGS, secretária geral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Gestão 2018/20) e professora da Faculdade de Medicina do Hospital Israelita Albert Einstein.

4

Aula



A Farmácia Clínica e o Cuidado Farmacêutico frente às transformações do sistema de saúde e da morbimortalidade relacionada aos medicamentos

Autor: Leonardo Régis Leira Pereira



Ementa da aula



Nesta aula serão apresentadas as transformações do sistema de saúde que motivaram o processo de construção da Farmácia Clínica e a evolução para o Cuidado Farmacêutico, destacando a importância da morbimortalidade relacionada aos medicamentos, assim como a medicalização da sociedade nesse processo.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Reconhecer o impacto da morbimortalidade relacionada aos medicamentos e às necessidades do serviço de Cuidado Farmacêutico no contexto do modelo de saúde atual.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

A Fase Tradicional e a morbimortalidade relacionada aos medicamentos

No início do século XX (**fase tradicional** da profissão farmacêutica) o farmacêutico era reconhecido pela sociedade como o profissional de saúde responsável pela produção artesanal dos medicamentos. A **fase tradicional** foi substituída, após a II Guerra Mundial, pela **fase de transição** da profissão farmacêutica, que culminou com o surgimento da **Farmácia Clínica**. O processo de transformação da profissão farmacêutica no século XX foi impulsionado pelo advento da indústria farmacêutica, a qual introduziu no mercado o conceito do medicamento moderno, produzido mecanicamente em larga escala. Essa maior disponibilidade dos medicamentos favoreceu o acesso pela população, devido à redução dos preços, e propiciou o tratamento de várias enfermidades, entretanto, alterou a forma como a sociedade compreendia esse insumo, com o medicamento recebendo o status de “pílula milagrosa”, que resolveria todos os problemas de saúde. Aliado à industrialização, surgiu também uma sociedade moderna, estimulada para o consumo de mercadorias, com o medicamento tornando-se uma mistura de bem de consumo e instrumento terapêutico, sendo esses fatores determinantes para transformar a farmácia, de estabelecimento de saúde em um local que comercializa medicamentos. Diante dessa realidade o advento da manufatura fabril levou à quase obsolescência dos laboratórios magistrais das farmácias, que era a atividade primária e sedimentada do farmacêutico na fase tradicional, e reconhecida pela sociedade¹⁻⁵.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A disponibilidade dos medicamentos e a ausência de controle sobre as propagandas e a comercialização, sem a devida regulamentação sanitária, estimulou a automedicação, promovendo o que chamamos de “medicamentização da sociedade”, em que as pessoas buscam a automedicação para resolverem seus problemas, sem o auxílio de um profissional de saúde. Diante dessa realidade começaram a ser relatados os primeiros acidentes relacionados à utilização inadequada dos medicamentos – em 1937, mais de 100 crianças morreram nos Estados Unidos devido ao uso de um elixir de sulfanilamida, que continha como veículo o dietilenoglicol, cujos efeitos tóxicos do solvente não eram conhecidos pelo fabricante. No início da década de 1950 observou-se que o cloranfenicol induzia, em alguns pacientes, anemia aplástica. Entretanto, o fato mais marcante relacionado ao uso de medicamentos foi o episódio da talidomida, ocorrido em 1961, quando dezenas de milhares de crianças em vários países do mundo, nasceram com malformações devido ao consumo desse medicamento pelas mães durante a gestação¹⁰.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Nesse cenário, os farmacêuticos perceberam que diante das transformações ocasionadas pelo advento da indústria farmacêutica, tais como o consumo excessivo de medicamentos e a morbimortalidade relacionada aos medicamentos, existia espaço na equipe de saúde para que esse profissional pudesse desempenhar um novo papel frente à sociedade e em conjunto com os demais profissionais de saúde.

A Farmácia Clínica e a Fase de Transição da profissão farmacêutica

Apesar de a atividade clínica do farmacêutico começar a ser difundida após a década de 1960, esta foi sugerida pela primeira vez em 1921, quando Krantz publicou um artigo científico enfatizando que “farmacêuticos deveriam ser capacitados para fornecer serviços clínicos”. Porém, na época não houve interesse dos farmacêuticos em desenvolverem tais serviços, principalmente em virtude do status que esse profissional representava junto à sociedade na **fase tradicional**⁶. Destaca-se também que o Código de Ética da American Pharmacists Association, de 1952, estabelecia que os farmacêuticos eram proibidos de discutir os efeitos terapêuticos dos medicamentos com os pacientes. Os usuários deveriam ser encaminhados aos médicos ou dentistas para esclarecerem as dúvidas, e esse fato tornava ainda mais restrito o papel dos farmacêuticos nessa época⁴. Por isso, o movimento de Farmácia Clínica, principalmente nos EUA, foi considerado uma “revolução”, transformando de maneira decisiva a profissão farmacêutica e aproximando esse profissional dos demais membros da equipe de saúde e do cuidado aos pacientes¹.

A Farmácia Clínica marcou oficialmente o final da **fase tradicional** e o início da **fase de transição** da profissão farmacêutica, e foi impulsionada pelas transformações ocorridas na sociedade, descritas anteriormente.

Convém destacar ainda que a Farmácia Clínica teve origem no ambiente hospitalar, onde os farmacêuticos buscavam aproximar-se das pessoas atendidas e da equipe de saúde, para realizarem atividades clínicas, principalmente aquelas relacionadas à farmacoterapia, tornando o uso de medicamento mais racional⁷.

Vamos refletir!

Você já tinha percebido que a criação da Farmácia Clínica foi impulsionada pela morbimortalidade relacionada aos medicamentos?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Gradativamente, a Farmácia Clínica tornava-se reconhecida nos hospitais dos EUA. Consequentemente, as Faculdades de Farmácia deveriam se adequar a essa nova atividade, implantando em suas grades curriculares a disciplina de Farmácia Clínica. Nesse sentido, no final da década de 1960, pesquisadores como Emmanuel (1968) defendiam que a disciplina de Farmácia Clínica deveria ter principalmente atividades práticas⁸. Robert Miller (1968), por sua vez, declarava que, para as universidades conseguirem formar o farmacêutico clínico, estas deveriam considerar a Farmácia Clínica como:

“*área do currículo farmacêutico que lida com a atenção ao paciente com ênfase na farmacoterapia, desenvolvendo uma atitude orientada ao paciente, tornando-se necessário desempenhar habilidades de comunicação interprofissional e com os pacientes, tendo como objetivos as aplicações clínicas dos conceitos farmacológicos; conhecimento sobre diagnósticos, principalmente quando relacionados à farmacoterapia; desenvolver habilidades de interação com o paciente e com outros profissionais; conscientizar o paciente de sua responsabilidade na utilização dos medicamentos; integrar os conhecimentos adquiridos; conscientizar os farmacêuticos de sua responsabilidade na farmacoterapia*”⁹.

Vamos refletir!

Para ser um farmacêutico clínico quais competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) preciso agregar à minha formação?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Além dos conhecimentos necessários descritos anteriormente, caberá ao farmacêutico raciocinar clinicamente para conseguir identificar os problemas farmacoterapêuticos e formular hipóteses para solucioná-los da maneira mais adequada. Nesse sentido, Joseph T. DiPiro, em seu livro intitulado *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*¹¹, descreve os 15 princípios da terapêutica, conforme apresentados no Quadro a seguir.

Quadro 3. Princípios da Terapêutica

1. Deve haver uma indicação justificável e documentada para cada medicamento utilizado

2. O medicamento deve ser utilizado na menor dose e no menor período de tempo necessário para que se obtenha o resultado desejado

3. Quando o paciente é adequadamente tratado com um único medicamento, a monoterapia é preferida

4. Os novos medicamentos aprovados devem ser usados somente se houver vantagens claras sobre os medicamentos mais antigos

5. Sempre que possível, a escolha de um regime medicamentoso deve ser baseada em evidências obtidas de ensaios clínicos controlados

6. O período de administração do medicamento deve ser considerado como uma possível influência sobre a efetividade, efeitos adversos e interações medicamentosas e alimentares

7. O regime de administração deve ser o mais simplificado possível, objetivando aumentar a aderência do paciente

8. A percepção do paciente quanto à enfermidade e aos riscos e benefícios da terapia medicamentosa podem interferir na adesão e nos resultados do tratamento

9. Cuidadosa observação da resposta do paciente ao tratamento é necessária para confirmar a eficácia, prevenir, detectar ou manejar os efeitos adversos, avaliar a adesão e determinar a necessidade de ajuste de dose ou descontinuação da terapia medicamentosa

10. O medicamento não deve ser administrado por via intravenosa quando a administração por via oral for tão eficaz e segura, comparada à primeira

11. Antes da utilização de medicamentos, as modificações no estilo de vida devem ser realizadas, quando indicado, para evitar a necessidade de tratamento medicamentoso ou para melhorar os resultados da farmacoterapia

12. O início do regime medicamentoso deve ser feito com o pleno reconhecimento de que o medicamento pode causar uma doença, sinal, sintoma, síndrome, ou interferir nos testes laboratoriais

13. Quando vários medicamentos são igualmente eficazes e seguros, deve ser escolhido aquele que resultar em menor custo de cuidados à saúde ou que for mais conveniente para o paciente

14. Ao se decidir sobre a terapêutica medicamentosa para pacientes individuais, efeitos sociais devem ser considerados

15. As possíveis razões para o fracasso dos regimes medicamentosos incluem seleção de medicamentos inadequados, baixa adesão, intervalo ou dose inadequada, diagnóstico errado, doenças concomitantes, interações medicamentosas e alimentares, fatores ambientais ou genéticos

Fonte: DiPiro¹¹.

A Farmácia Clínica foi difundida rapidamente pelos EUA, sendo criado serviços em Long Beach (1968) e programas de residência em Cincinnati (1969)¹². Ainda na década de 1960, a American Society of Health System Pharmacists (ASHSP) reconheceu a Farmácia Clínica como “ciência da Saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados com o cuidado dos pacientes, que o uso de medicamentos seja seguro e apropriado, e que necessita de uma educação especializada e/ou um treinamento estruturado”¹³. E a European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) definiu essa atividade como “especialidade da área da saúde que descreve a atividade e o serviço do farmacêutico clínico para desenvolver e promover o uso racional e apropriado dos medicamentos e seus derivados”¹⁴. A Farmácia Clínica também foi reconhecida como atividade farmacêutica na Inglaterra, em 1988.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH), ao estabelecer os padrões mínimos para a Farmácia Hospitalar, em 1996, incluiu aspectos direcionados à clínica¹⁵.

No Paquistão, de acordo com Khan¹⁶, houve alterações na formação do farmacêutico para privilegiar a formação clínica, transferindo o foco do aprendizado da dispensação para a orientação dos pacientes, substituindo os métodos tradicionais de ensino por metodologias ativas, tais como estudos de caso e análise de prescrições, permitindo que os estudantes adquiram novas competências, tornando-os mais participativos durante o processo de aprendizagem.

A Farmácia Clínica e o hospital

Para que possamos iniciar esta seção da aula, propomos a seguinte reflexão:

Vamos refletir!

Por que a Farmácia Clínica surgiu no ambiente hospitalar?

Será que existe alguma relação com o sistema sanitário vigente na época da sua criação?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Para auxiliá-lo a formular uma resposta para essa reflexão, precisamos resgatar o papel do farmacêutico na **fase tradicional**, pois, nesse momento histórico da profissão, vários profissionais desenvolviam atividades no ambiente hospitalar voltadas à manipulação de medicamentos para os pacientes hospitalizados. Dessa forma, essa atividade desempenhada por esse grupo de farmacêuticos também sofreu influência do medicamento moderno, procedente da indústria farmacêutica, uma vez que a aquisição desse insumo como produto acabado tornou-se uma prática recorrente pelos hospitais em razão do menor custo e da celeridade da disponibilidade do medicamento, quando comparado à manipulação artesanal dos medicamentos¹.

Portanto, esse farmacêutico tornou-se obsoleto e dispendioso para a estrutura hospitalar, sendo direcionado para as atividades relacionadas à gestão dos medicamentos, assumindo os processos de seleção, aquisição, fracionamento e armazenamento desses produtos. Essas atividades alteraram profundamente a rotina desses profissionais, os quais, além de se responsabilizarem pelos processos citados anteriormente, também seriam responsáveis pela captação das prescrições e pela distribuição dos medicamentos industrializados para as enfermarias¹. Diante dessa realidade, apenas o medicamento alcançava as enfermarias, os farmacêuticos continuavam a desempenhar a gestão e não eram reconhecidos como integrantes da equipe de saúde, principalmente em relação ao cuidado dos pacientes.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

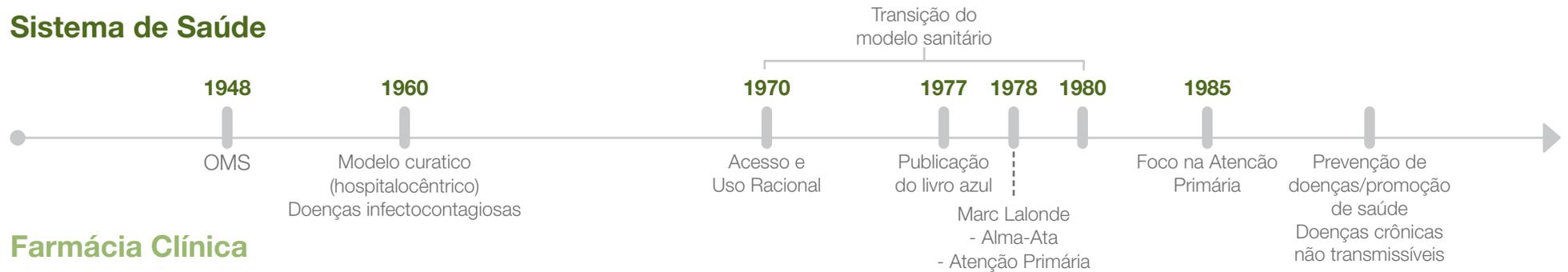
No entanto, essa estrutura de trabalho permitia que esses profissionais obrigatoriamente tivessem acesso às prescrições realizadas no ambiente hospitalar. Com essas informações em mãos os farmacêuticos começaram a desenvolver estudos que identificavam possíveis erros de medicação, reações adversas, interações medicamentosas e iatrogenias, sempre baseando-se nas prescrições que eram encaminhadas à farmácia para a liberação dos medicamentos¹. Essa condição motivou, na década de 1960, estudantes e professores da Universidade de São Francisco, nos EUA, a uma profunda reflexão, a qual resultou no movimento denominado “Farmácia Clínica”. Então, oficialmente iniciava-se a **fase de transição** da profissão farmacêutica^{1,6}.

O surgimento da Farmácia Clínica no ambiente hospitalar ampliou as ações do farmacêutico nesse ambiente de trabalho, pois, na gestão e dispensação dos medicamentos, os farmacêuticos se responsabilizavam por disponibilizarem o medicamento na quantidade e na dose corretas, conforme a prescrição, para que o insumo fosse entregue às enfermarias e administrado aos pacientes pelos enfermeiros, sem seu acompanhamento direto. Com o advento da Farmácia Clínica, esses profissionais também começaram a desenvolver atividades clínicas, aproximando-se dos pacientes e dos outros profissionais da equipe de saúde responsáveis pelo cuidado direto destes¹.

Os bons resultados obtidos e a divulgação desses trabalhos permitiram que os farmacêuticos da Universidade de São Francisco, local onde surgiu a Farmácia Clínica, fossem adquirindo conhecimento e ampliando sua área de inserção no ambiente hospitalar, sendo gradativamente reconhecidos por outros farmacêuticos como modelos a serem seguidos em outros hospitais. O impacto positivo desse trabalho aliado à medicamentação da sociedade e aos acidentes envolvendo medicamentos, descritos anteriormente nessa aula, serviram de estímulo para que, a partir de 1957, a American Hospital Association (AHA) pudesse recomendar aos farmacêuticos hospitalares dos EUA que desenvolvessem estudos semelhantes àqueles realizados por esse grupo. Dessa forma, o hospital tornou-se o local mais propício para a realização dessas atividades clínicas, quando comparado às farmácias magistrais, tendo em vista que o modelo de saúde vigente na época era o hospitalocêntrico, centrado no modelo curativo, pois as doenças infectocontagiosas eram as mais prevalentes, portanto, os sistemas de saúde baseavam-se nos hospitais para atender as necessidades sociais vigentes em meados do século passado. Diante disso, o hospital foi naturalmente a origem do movimento clínico do farmacêutico, cujas transformações do sistema de saúde na Farmácia Clínica são apresentados na Figura 8. Essas transformações do sistema de saúde na Farmácia Clínica e as adequações necessárias dos farmacêuticos para acompanharem essas transformações serão discutidas mais adiante, ainda nesta aula.

Figura 8. As transformações do sistema de saúde e da profissão farmacêutica

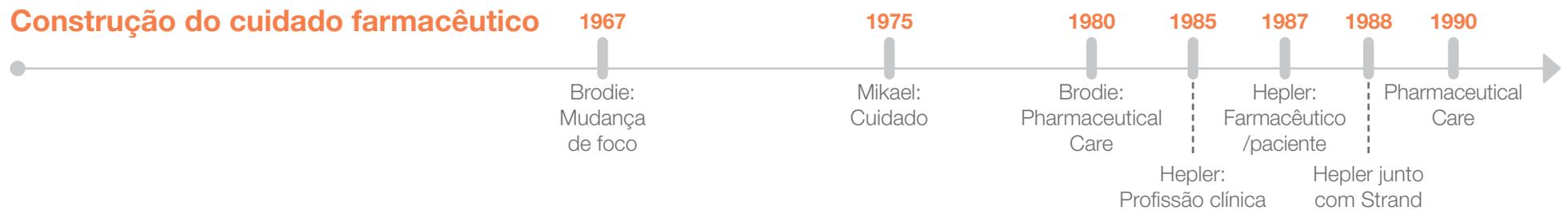
Sistema de Saúde



Farmácia Clínica



Construção do cuidado farmacêutico



Fases da Farmácia



Fonte: Elaboração própria.

As transformações do sistema sanitário e o Cuidado Farmacêutico

Em paralelo com o desenvolvimento e o reconhecimento da Farmácia Clínica, em meados da década de 1970 alguns autores se empenharam em tentar redefinir o papel do farmacêutico clínico frente ao paciente, pois, segundo eles, a Farmácia Clínica, além de ser restrita ao ambiente hospitalar, estava focada principalmente na análise da farmacoterapia dos pacientes. Para entender as críticas destinadas à Farmácia Clínica no ambiente hospitalar, torna-se necessário compreender alguns aspectos pertinentes a essa atividade, pois no ambiente hospitalar, dependendo do quadro clínico do paciente, fica difícil a interação deste com a equipe de saúde, uma vez que a pessoa internada acaba desenvolvendo um papel passivo frente aos cuidados de saúde.

Diante dessa situação, a interação farmacêutico-paciente perde espaço, em alguns momentos, para a interação farmacêutico-equipe de saúde. Logo, a preocupação principal do farmacêutico seria trabalhar com a terapêutica das pessoas hospitalizadas em conjunto com a equipe de saúde, mas alguns críticos destacam que o farmacêutico clínico tinha como foco o medicamento e não os pacientes.

Vamos refletir!

No ambiente hospitalar, a preocupação dos farmacêuticos com a terapêutica reduzia o tempo de internação do paciente, evitando a ocorrência de interações medicamentosas, reações adversas e melhorando a qualidade da atenção sanitária prestada?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Essas discussões sobre o papel do farmacêutico clínico no hospital eram motivadas pelas transformações necessárias que deveriam ocorrer no modelo hospitalocêntrico, pois as necessidades de saúde da população estavam sofrendo alterações que provocariam mudanças no sistema de saúde vigente, com a Atenção Básica assumindo papel de destaque, uma vez que as doenças crônicas tornavam-se mais prevalentes e o modelo de saúde vertical não era mais adequado diante da horizontalidade desses problemas de saúde.

Dessa forma, visando nortear e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de saúde externas ao ambiente hospitalar, tendo o medicamento como insumo estratégico e a pessoa como o foco principal, Brodie, em 1967, afirma que “o farmacêutico necessita realizar uma mudança de foco: da farmacoterapia para os pacientes”¹⁷.

Dando continuidade à construção dessa nova prática profissional, em 1975, Mikeal et al.¹⁸ iniciam a discussão desse novo papel do farmacêutico. Nesse artigo, os autores afirmam que o farmacêutico deveria oferecer “a atenção que um dado paciente requer e recebe com garantias do uso seguro e racional dos medicamentos”¹⁸. Posteriormente, em 1980, a definição proposta por Mikeal et al.¹⁸ foi ampliada e adaptada por Brodie¹⁹, que sugere incorporar que o farmacêutico deveria “oferecer e realizar todos os serviços necessários para um tratamento farmacoterapêutico eficiente”¹⁹.

Em 1987, Hepler²⁰ amplia a abrangência dos conceitos publicados anteriormente definindo que, durante o processo de atendimento farmacêutico, deveria haver uma relação conveniente entre o profissional e o paciente, sendo o primeiro responsável pelo controle no uso dos medicamentos por meio de seu conhecimento e habilidade. As publicações de autores como Mikeal et al., Brodie e Hepler, as quais destacavam a necessidade de mudança de foco do farmacêutico, buscando ampliar o local de atuação do farmacêutico clínico, principalmente para a Atenção Básica, foram estimuladas a partir da década de 1970 em razão de publicações e conferências organizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Além de assessorar os países-membros a desenvolverem políticas nacionais de medicamentos, principalmente voltadas ao favorecimento do uso racional dos medicamentos e ao acesso à população mais carente, a OMS também mostrava a necessidade de mudança do foco de atuação dos profissionais da saúde para a Atenção Básica, entre eles, os farmacêuticos. As mudanças propostas no sistema de saúde hospitalocêntrico e a medicamentação da sociedade oportunizaram aos farmacêuticos mostrarem que havia espaço para um profissional com essa formação na equipe de saúde, confirmadas pelas publicações da OMS, que diziam que “a busca da saúde para todos, mediante o enfoque da atenção primária (básica) de saúde, exigirá a redefinição dos papéis e funções de todas as categorias do pessoal sanitário [...]”²¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Sendo assim, estimular a maior atuação dos profissionais de saúde na Atenção Básica tem justificativas importantes do ponto de vista econômico e social, pois a Atenção Básica, analisada de forma individual e considerando os custos a longo prazo, é menos onerosa quando comparada à atenção secundária ou terciária. O investimento na Atenção Básica também promove impacto social positivo porque favorece a prevenção de doenças e a promoção de saúde, melhorando a assistência sanitária dos usuários.

Diante das pressões econômica e política, tornava-se evidente a necessidade de os países romperem com o modelo hospitalocêntrico, racionalizando os recursos financeiros aplicados na área de saúde, tornando o atendimento à população mais sensato, investindo na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Portanto, o foco na Atenção Básica era necessário para a manutenção de um sistema de saúde moderno. Assim, percebe-se uma sinergia entre as políticas da OMS, estimulando o investimento na Atenção Básica, com as propostas dos pesquisadores apresentadas anteriormente. Diante desse contexto, o farmacêutico clínico foi constantemente estimulado a desenvolver atividades na Atenção Básica, pois a presença de um profissional com esse perfil clínico poderia auxiliar os demais profissionais de saúde e as pessoas atendidas na utilização racional dos medicamentos nesse nível de atenção.

Em relação ao Brasil, estudos realizados durante a década de 1970 destacavam que 70% dos farmacêuticos consideravam a atuação nas farmácias comunitárias uma atividade secundária, pois sentiam-se como meros “vendedores de medicamentos”, não desempenhando um papel importante no cuidado aos pacientes, além da própria formação acadêmica não privilegiar a Farmácia Clínica. Esses fatos podem ter desencadeado o afastamento dos farmacêuticos da Atenção Básica em nosso país naquele período²². Entretanto, na última década um movimento clínico forte vem ocorrendo no país, estimulando os farmacêuticos a se aproximarem dos pacientes e da equipe de saúde, seja na Atenção Básica, seja em nível hospitalar, revertendo esse quadro observado no final do século XX.

Vamos refletir!

Frente à nova necessidade social, quais habilidades, atitudes e conhecimentos um farmacêutico clínico deve ter para atuar na Atenção Básica? Seria importante reestruturar o currículo a fim de preparar o profissional farmacêutico para atuar nesse “novo” sistema de saúde?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Segundo Silcock et al.²³, os farmacêuticos atuando na Atenção Básica são fundamentais para ajudar na melhora dos cuidados prestados aos usuários do sistema de saúde, auxiliando na monitorização do tratamento farmacológico, identificando problemas e fornecendo educação sanitária sobre o problema de saúde e a terapêutica. Nessa vertente, em 1990, Hepler e Strand²⁴ utilizaram pela primeira vez na literatura científica o termo Pharmaceutical Care, que atualmente é chamado de Cuidado Farmacêutico, definindo essa nova prática como “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”²⁴.

Esse conceito foi discutido, aceito e ampliado em uma reunião de peritos da OMS realizada em Tóquio, quando foi definido o papel-chave do farmacêutico:

“Estender o caráter de beneficiário do Cuidado Farmacêutico ao público, em seu conjunto, e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto a outros membros da equipe de saúde”²⁵.

Em 1998, a Federação Internacional dos Farmacêuticos complementou o conceito de Hepler e Strand²⁴, afirmando que “entre os objetivos do Cuidado Farmacêutico estão a obtenção de resultados concretos que melhoram ou mantenham a qualidade de vida dos pacientes”²⁵.

A publicação de Hepler e Strand²⁴ marca o final da **fase de transição** da profissão farmacêutica e o início da **fase de cuidado ao paciente**. Quase ao mesmo tempo, surgia na Espanha o termo *Atención Farmacéutica*, com o desenvolvimento de um modelo de seguimento farmacoterapêutico, denominado Método Dáder, criado por um grupo da Universidade de Granada²⁶. Inicialmente o termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde, entre outros. Nesse encontro foi definido o conceito de Atenção Farmacêutica e os macrocomponentes da prática profissional ao exercício da Atenção Farmacêutica, que são: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades²⁷.

Entretanto, um documento elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2014, definiu Cuidado Farmacêutico como a nomenclatura oficial no país, sendo adotada como um termo mais amplo, dentro do contexto da Assistência Farmacêutica e da Gestão do Cuidado Farmacêutico, em que o farmacêutico clínico é o responsável pelo Cuidado Farmacêutico²⁸.

O Cuidado Farmacêutico baseia-se principalmente no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, buscando a obtenção de resultados terapêuticos desejados por meio da resolução dos problemas farmacoterapêuticos, procurando-se definir uma atividade clínica ao farmacêutico, tendo a pessoa atendida como ponto de partida para a solução dos seus problemas com os medicamentos²⁹.

Vamos refletir!

O que são Serviços Farmacêuticos? O que é Atenção Farmacêutica? Qual a diferença entre Cuidado Farmacêutico e Farmácia Clínica?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

O termo Atenção Farmacêutica foi substituído no país em 2014 pelo termo Cuidado Farmacêutico devido a uma publicação do Ministério de Saúde. No entanto, ainda nos cabe refletir sobre uma nova pergunta: *O Cuidado Farmacêutico substituiu a Farmácia Clínica ou as duas atividades conseguiriam conviver em paralelo?*

Podemos começar a construir essa resposta propondo uma nova indagação: *Por acaso, os médicos ficam apenas no ambiente hospitalar ou também desenvolvem suas atividades nos demais níveis de atenção do sistema de saúde?*

Podemos aplicar o mesmo raciocínio para os farmacêuticos clínicos: eles podem atuar tanto no ambiente hospitalar, como nos consultórios farmacêuticos – na Atenção Básica ou Especializada, em unidades de saúde ou nas farmácias comunitárias. Por isso, o farmacêutico clínico quando recebe a formação adequada domina o método clínico e consegue desenvolver uma anamnese com qualidade, identificando os possíveis problemas farmacoterapêuticos e estabelecendo um plano de cuidado, pactuado com o paciente e com a equipe de saúde, para solucionar as causas desses problemas, considera-se que esse profissional está apto a desenvolver o Cuidado Farmacêutico em todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Vamos observar os conceitos no Quadro 4, a seguir:

Quadro 4. Conceitos adotados pelo projeto *Atenção Básica**

Farmácia Clínica: Ciência da saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante aplicação de conhecimento e funções relacionados ao cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, a promoção da saúde, do bem estar, prevenindo doenças e/ou otimizando o tratamento farmacoterapêutico. O farmacêutico necessita de educação especializada e treinamento estruturado para desenvolver tais atividades

Serviços Farmacêuticos: Conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados aos medicamentos e protagonizados pelo farmacêutico, desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde, com vistas a potencializar sua resolubilidade. Compreendem tanto atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio), quanto clínicas (finalísticas), dirigidas à indivíduos, família e comunidade

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

Fonte: Elaboração própria.

***Nota do editor:** Conceitos definidos na 1ª Oficina de Alinhamento Conceitual do projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizada em outubro de 2018, em Brasília/DF. Reuniram-se especialistas, equipe do projeto e Grupo Executivo – composto por representantes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, CONASEMS e Ministério da Saúde – com o objetivo de discutir temas importantes e controversos que envolvem a Assistência Farmacêutica e a Atenção Básica e definir a abordagem conceitual a ser utilizada nos cursos do projeto.

Contudo, as transformações do sistema de saúde ampliaram o local de atuação do farmacêutico clínico para a Atenção Básica e Especializada, onde estaria integrado aos demais profissionais de saúde e em contato direto com as pessoas atendidas pelo sistema de saúde, situação diferente daquela vivenciada pelo farmacêutico clínico no ambiente hospitalar, onde o contato desse profissional seria predominantemente com a equipe de saúde, em virtude das dificuldades referentes à condição de saúde do paciente abordadas anteriormente.

Diante do foco na Atenção Básica tornava-se fundamental preparar o farmacêutico clínico para desempenhar suas novas funções, atendendo às expectativas do sistema de saúde, para isso deveria incorporar na sua formação profissional habilidades adicionais voltadas principalmente às Ciências Humanas, pois no atendimento às pessoas seria fundamental o conhecimento elementar sobre Sociologia, Antropologia, Psicologia e Filosofia, além de Semiologia e Anamnese. Além disso, o farmacêutico clínico está inserido numa equipe de saúde, portanto, precisaria compartilhar suas experiências e seus atendimentos com os demais profissionais de saúde, trabalhando de forma integrada, em qualquer nível do sistema de saúde.

Sendo assim, a OMS afirma que o farmacêutico deveria ser “sete estrelas”, atuando como prestador de serviços, tomador de decisão, comunicador, líder, gerente, estudante por toda a vida e mestre, além de pesquisador³⁰. Todavia, sabe-se que converter a formação centrada no medicamento para o cuidado às pessoas não é fácil, principalmente quando esse profissional recebeu a formação tradicional. Portanto, a esses profissionais, cabe buscar essa nova competência (conhecimento + habilidade + atitude).

Vale ressaltar que, além do conhecimento clínico, o Cuidado Farmacêutico exige do profissional uma preocupação com as variáveis qualitativas do processo, principalmente aquelas referentes à qualidade de vida e à satisfação do usuário. Por isso os conhecimentos exigidos de um farmacêutico clínico na década de 1960 deveriam ser revistos e ampliados para prepará-los para o Cuidado Farmacêutico. Na verdade, o Cuidado Farmacêutico é conceituado como uma atividade estruturada que facilita a interação do farmacêutico com o usuário do sistema de saúde, favorecendo um melhor

acompanhamento dos pacientes, controlando a farmacoterapia, prevenindo, identificando e solucionando problemas que possam surgir durante esse processo, ou seja, é uma prática profissional que deve ser executada de forma integrada e compartilhada com os demais profissionais de saúde, ou seja, enquanto o conceito de Farmácia Clínica é mais acadêmico (ciência), o conceito de Cuidado Farmacêutico é mais voltado à pessoa atendida (prático), por isso são complementares. Por isso esse último deve ser desenvolvido por um farmacêutico com formação clínica e humanística^{13,14}, cabendo à Farmácia Clínica, como ciência, formar farmacêuticos clínicos para atuarem no Cuidado Farmacêutico.

O Cuidado Farmacêutico também busca prevenir ou solucionar os problemas relacionados à farmacoterapia e aos tratamentos prescritos de maneira sistematizada e documentada. Além disso, envolve o acompanhamento das pessoas com dois objetivos principais:

1

responsabilizar-se com a pessoa atendida e com a equipe de saúde para que o medicamento prescrito seja seguro e efetivo, na posologia correta, e que resulte no efeito terapêutico desejado;

2

atentar para que, ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos sejam as menores possíveis e que, quando surgirem, possam ser resolvidas imediatamente de forma compartilhada com o usuário e a equipe de saúde²⁹. Enfim, trata-se de um conceito de prática profissional em que o usuário do medicamento é o mais importante beneficiário das ações do farmacêutico, ou seja, o centro de sua atividade.

O Cuidado Farmacêutico mais proativo rejeita uma terapêutica de sistemas, busca a qualidade de vida e demanda que o farmacêutico seja um generalista, ou seja, é um pacto social do farmacêutico pelo atendimento de qualidade e com uma base filosófica sedimentada. Atualmente, o exercício profissional do farmacêutico busca a concepção clínica de sua atividade, além da integração e da colaboração com os membros da equipe de saúde, cuidando diretamente das pessoas³¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A justificativa social dessa proposta pressupõe que o farmacêutico deva ser incorporado nas ações de saúde, ampliando seu campo de atuação também para a Atenção Básica e Especializada, o que contribuiria para a redução de custos diretos e indiretos, pois é um profissional de nível superior com sólida formação na área do medicamento e, muitas vezes, o único com quem o paciente tem contato fora do serviço de saúde. Atualmente, a OMS e outras associações farmacêuticas de relevância internacional consideram que o Cuidado Farmacêutico é atividade exclusiva do farmacêutico e que este deve tê-la como prioridade para o desenvolvimento pleno de sua profissão. Nos últimos 50 anos, desde a criação da Farmácia Clínica, o papel do farmacêutico tem sido alterado decisivamente, sendo transformado de “dispensador” para “gestor do cuidado das pessoas”. Nessa nova tarefa, esse profissional tornou-se responsável pela seleção, armazenamento, distribuição, dispensação e monitoramento do tratamento farmacológico, centrando sua prática na pessoa, fornecendo informações e aconselhamento aos usuários e aos demais profissionais da equipe de saúde, favorecendo o acesso aos medicamentos, assim como tornando a utilização destes mais racional e adequada, para obtenção de resultados clínicos satisfatórios pelo paciente e trabalhando de forma integrada com a equipe de saúde³⁰.

O impacto clínico, econômico e social do Cuidado Farmacêutico

Essa transformação profissional do farmacêutico tornou-se realidade na maioria dos países desenvolvidos, tendo em vista que o método biomédico tradicional centrado na prescrição médica e dispensação dos medicamentos mostrou-se inadequado para garantir segurança, efetividade e adesão ao tratamento farmacológico. As consequências desse modelo anterior podem ser observadas pelos números referentes ao custo do sistema de saúde, em que, nos países desenvolvidos, de 4% a 10% dos pacientes hospitalizados, especialmente os idosos, experimentaram pelo menos uma vez reações adversas aos medicamentos, principalmente devido às interações medicamentosas. Nos Estados Unidos, as reações adversas estão entre as seis principais causas de óbitos, o que custa ao país cerca de US\$ 130 bilhões ao ano, enquanto no Reino Unido esse custo alcançou £ 466 milhões em 2004³⁰.

Vamos refletir!

O Cuidado Farmacêutico pode tornar a utilização de recursos mais eficiente? Funcionaria também no Brasil?



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Para auxiliar nessa reflexão, observe alguns resultados de estudos brasileiros. O primeiro foi realizado no município de São Paulo (SP), entre maio e novembro de 2016, e contou com a participação de farmacêuticos clínicos de 12 Unidades Básicas de Saúde, que realizaram um total de 1.833 consultas farmacêuticas (1.085 em consultórios farmacêuticos

e 748 em visitas domiciliares). Participaram do estudo 1.080 pessoas atendidas pelo SUS. Na primeira consulta farmacêutica, cerca de 10% das pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) estavam com a sua enfermidade controlada; na terceira consulta farmacêutica esses valores aumentaram para cerca de 50%. Em relação ao diabetes mellitus (DM), na primeira consulta farmacêutica cerca de 5% das pessoas estavam com a sua enfermidade controlada, e ao final da terceira consulta esse valor alcançou 26%⁴⁰.

Observe agora dois estudos realizados em Ribeirão Preto (SP). O primeiro acompanhou 64 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), das quais 33 foram atendidas pelo serviço de Cuidado Farmacêutico durante 12 meses, e as outras 31 receberam o cuidado normal oferecido aos demais usuários do SUS do município (grupo controle), que consistia em consultas médicas e dispensação ou entrega de medicamentos pelos farmacêuticos ou auxiliares de farmácia, mas sem a consulta individualizada com esse profissional voltada para a realização do Cuidado Farmacêutico integrado e compartilhado com a equipe de saúde³⁸.

Os resultados, quando comparados os dois grupos, mostram redução significativa na hemoglobina glicada (de 8,9% para 7,9%), na dose de metformina e de insulina e nos números de consultas no Pronto Atendimento do município pelas pessoas atendidas pelo serviço de Cuidado Farmacêutico³⁸.

Esse mesmo estudo mostrou que as pessoas atendidas pelo serviço de Cuidado Farmacêutico não apresentaram aumento de custo ao município, ao passo que cada pessoa do grupo controle teve um aumento de custo da ordem de US\$ 1,90 por mês, devido ao aumento de consultas junto às UPAs do município e ao maior consumo de medicamentos para controlar o DM2³⁸.

Esse mesmo estudo mostrou que as pessoas atendidas pelo serviço de Cuidado Farmacêutico não apresentaram aumento de custo ao município, ao passo que cada pessoa do grupo controle teve um aumento de custo da ordem de US\$ 1,90 por mês, devido ao aumento de consultas junto às UPAs do município e ao maior consumo de medicamentos para controlar o DM2³⁸.

Tabela 1. Resultados clínicos e econômicos de um serviço de Cuidado Farmacêutico realizado com pessoas diagnosticadas com DM no município de Ribeirão Preto (SP)

Parâmetros	Grupo Cuidado Farmacêutico		Grupo Controle	
	antes	depois	antes	depois
Hemoglobina glicada (%)	8,9	7,9	8,6	9,3
Nº consultas na UPA (paciente/ano)	0,8	0,6	0,6	0,8
Custo com medicamentos/ano (US\$)	10,20	10,00	7,60	9,20
Custo total dos pacientes/ano (US\$)	11,40	11,40	8,90	10,80

Fonte: Borges et al³⁸.

O segundo estudo realizado no mesmo município acompanhou um grupo de 104 pessoas diagnosticadas com HAS que retiravam seus medicamentos numa farmácia de uma UBS. Essas pessoas foram convidadas a serem atendidas por um serviço de Cuidado Farmacêutico, com a finalidade de receberem informações detalhadas sobre os medicamentos e os problemas de saúde, e o farmacêutico assumiria a gestão do cuidado e da agenda dos pacientes, baseando-se em protocolos pré-estabelecidos para solicitação de exames e agendamento de consultas³⁹.

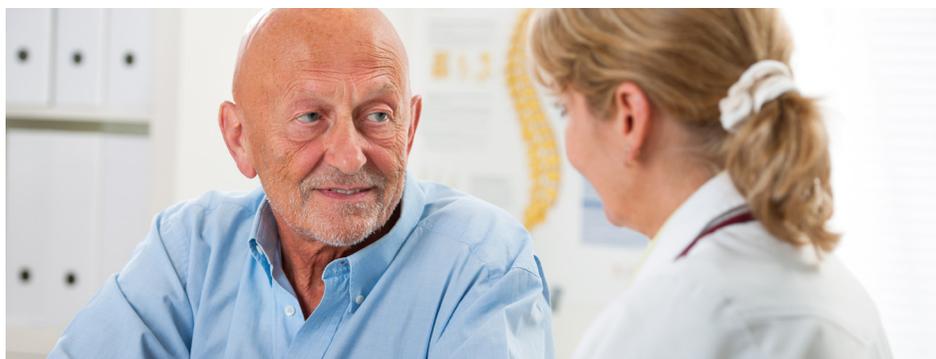


Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

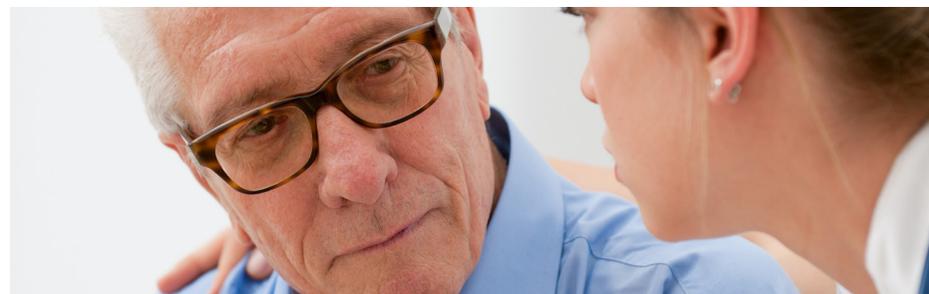
O acompanhamento dessas pessoas foi dividido em três fases, pré Cuidado Farmacêutico, Cuidado Farmacêutico e pós Cuidado Farmacêutico. As fases pré e pós duraram três anos cada e o Cuidado Farmacêutico teve duração de doze meses. Os pacientes foram acompanhados ao todo por sete anos, e entre os resultados clínicos, pode-se destacar que a pressão arterial sistólica e diastólica dos pacientes nos períodos pré Cuidado Farmacêutico, Cuidado Farmacêutico e pós Cuidado Farmacêutico foram 134/84 mmHg, 118/75 mmHg e 125/79 mmHg, respectivamente. Destaca-se que mesmo após receberem alta do serviço de Cuidado Farmacêutico os pacientes mantiveram os valores de pressão arterial mais baixo que o período pré Cuidado Farmacêutico³⁹.

O estudo mostra ainda que houve aumento no número de consultas na Atenção Básica, subindo de 1,66 para 2,36 consultas por pacientes/ano, o que promoveu uma redução no número das consultas nas UPAs do município de 1,70 para 1,06 atendimentos por paciente/ano. Os pesquisadores observaram ainda, ao longo dos sete anos de estudo, a redução no perfil lipídico dos pacientes atendidos pelo serviço de Cuidado Farmacêutico, principalmente nos valores de triglicérides (de 176 mg/dL para 155 mg/dL), de colesterol total (de 212 mg/dL para 200 mg/dL) e de LDL colesterol (de 136 mg/dL para 125 mg/dL). Em relação ao impacto econômico, o custo do paciente por ano antes da implantação do serviço de Cuidado Farmacêutico era de US\$ 198,37; e após a implantação desse serviço o custo do paciente ao ano reduziu para US\$ 197,11.

Diante dessa realidade, os novos farmacêuticos precisam se adaptar, tornando-se prestadores de informações, seja para os pacientes, como também para os demais profissionais da equipe de saúde³². Entretanto, apesar de alguns farmacêuticos estarem dispostos a investir mais tempo no Cuidado Farmacêutico, eles se sentem desmotivados por uma série de fatores, entre os quais o próprio desconhecimento dos pacientes a respeito dessa nova prática profissional; além disso, observa-se que farmacêuticos e pacientes não possuem expectativas comuns frente ao papel do novo farmacêutico no sistema de saúde³³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Esses resultados levam à reflexão de que, enquanto os farmacêuticos esperam agregar valores ao tratamento farmacológico dos pacientes, estes últimos continuam achando que apenas a consulta médica pode dar todo o suporte necessário para o manejo e o tratamento de suas enfermidades³⁴. Essa mudança de paradigma torna-se difícil porque o farmacêutico é o último profissional de saúde a ter contato com os pacientes. Por essa razão, é fundamental que os farmacêuticos busquem as competências necessárias para fornecer o cuidado de forma adequada e efetiva, pois apresentam um papel relevante na educação dos pacientes frente ao uso racional dos medicamentos, além de serem fundamentais para os demais profissionais da equipe de saúde, por isso é importante buscar sempre um trabalho integrado, compartilhando o cuidado à pessoa atendida³⁵.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a história da profissão farmacêutica ainda está sendo construída, e que a fase de cuidado aos pacientes necessita de discussões mais aprofundadas entre os pesquisadores da área para buscar uma uniformização de conceitos e atividades. No entanto, sabe-se que é improvável os farmacêuticos não assumirem seu papel na equipe de saúde, pois, trabalhando integrado em prol do cuidado das pessoas, não há como retroceder diante das transformações ocorridas nos últimos cem anos^{36,37}. Sendo assim, aproveite o conteúdo deste curso, pois ele está sendo desenvolvido com o objetivo de preparar você, farmacêutico clínico, para desenvolver o Cuidado Farmacêutico utilizando de forma adequada o método clínico.

Síntese da Aula

Nesta aula abordamos as três fases da profissão farmacêutica (tradicional, de transição e de cuidado ao paciente). A fase tradicional teve início com a produção artesanal dos medicamentos, porém, com o advento da indústria farmacêutica surge a produção mecanizada e em larga escala, que desencadeia a medicamentação da sociedade e o aumento da morbimortalidade relacionada aos medicamentos, o que incentiva a criação da Farmácia Clínica no ambiente hospitalar, devido ao modelo de saúde vigente na época.

Durante a fase de transição ocorreram transformações das necessidades de saúde da população. As doenças crônicas não transmissíveis tornaram-se mais prevalentes que as doenças infectocontagiosas, promovendo mudanças no sistema de saúde, fazendo-se necessário um modelo horizontal, com a Atenção Básica como coordenadora do sistema e ordenadora da Rede. Essas mudanças no sistema sanitário estimularam o farmacêutico clínico a ampliar o seu local de atuação também para a Atenção Básica, promovendo a criação da fase de cuidado ao paciente da profissão farmacêutica.

Referências

1. Soares L, Farias MR, Leite SN, Campese M, Manzini F. Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica (Atuação Clínica do Farmacêutico). Florianópolis: Editora UFSC; 2016.
2. Acúrcio FA. Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: Coopmed; 2001.
3. Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. Belo Horizonte: Atheneu; 2001.
4. Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva 2010;15(S3):3603-14.
5. Pereira LRL, Freitas O. A Evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Braz J Pharm Sciences 2008;44:601-12.
6. Storpirtis S, Mori ALPM, Yochiy A, Ribeiro E, Porta V. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. São Paulo: Guanabara Koogan; 2007.
7. Menezes EBB. Atenção farmacêutica em xeque. Rev Pharm Bras 2000;22:28.
8. Emmanuel S. Experience with a course in clinical pharmacy. I. The preliminary planning stage. Am J Hosp Pharm 1968;25(10):551-8.
9. Miller RA. Pharmacy in Review [presentation], 1968.
10. Kawano DF, Pereira LRL, Ueta J, Freitas O. Acidente com os medicamentos: como minimizá-los?. Braz J Pharm Sciences 2006;42:487-95.
11. Dipiro J. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach. 7. ed. New York: Mc GrawHill; 2008.

12. Whitney Jr HAK, Nahata MC, Thordsen DJ. Francke's Legacy: 40 Years of Clinical Pharmacy. *Ann Pharmacother* 2008;42:121-6.
13. American Pharmacists Association. [acesso em 27 maio 2019]. Disponível em: www.pharmacist.com.
14. European Society of Clinical Pharmacy. [acesso em 27 maio 2019]. Disponível em: www.escpweb.org.
15. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. [acesso em 27 maio 2019]. Disponível em: www.sbrafh.org.br.
16. Khan MU. A New Paradigm in Clinical Pharmacy Teaching in Pakistan. *Am J Pharm Educ [Internet]* 2011;75(8):166. DOI: 10.5688/ajpe758166
17. Brodie DC. Drug-use control: keystone to pharmaceutical service. *Drug Intelligence* 1967;1:63-5.
18. Mikeal RL, Brown TR, Lazarus HL, Vinson MC. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm* 1975;32:567-74.
19. Brodie DC. Time to plan. *Am J Pharm Education* 1980;41:203-4.
20. Hepler CD. The third wave in pharmaceutical education: the clinical movement. *Am J Pharm Education* 1987;51:369-85.
21. Organização Mundial da Saúde (OMS). The role of the pharmacist in the health care system. [Report of a WHO Meeting]. Geneva: OMS, 1994. 24 p..
22. Valladão MLF. A profissão e o ensino de farmácia na visão dos novos profissionais mineiros. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia – UFMG; 1981.
23. Silcock J, Raynor DK, Petty D. The organisation and development of primary care pharmacy in the United Kingdom. *Health Policy* 2004;67(2):207-14.
24. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am J Hosp Pharm* 1990;47:533-43.
25. Organização Mundial da Saúde (OMS). Policy perspectives on medicines. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. Geneva: WHO, 2004.
26. Comité de Consenso GIAF-UGR, GIFAF-USE, GIF-UGR. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm* 2007;48(1):5-17.
27. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jaramillo NM, Rech N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos). Brasília: OPAS/MS; 2002.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
29. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice*. Minneapolis: McGraw-Hill; 1998.
30. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Developing Pharmacy Practice: a focus on patient care*. Geneva: WHO (Department of Medicines Policy and Standards); 2006.
31. Peretta M, Ciccía G. *Reingeniería de la Práctica Farmacéutica*. Buenos Aires: Panamericana; 1998.
32. Byrd GD. Can the profession of pharmacy serve as a model for health informationist professionals? *J Med Libr Assoc* 2002;90:68-75.
33. Martín-Calero MJ, Machuca M, Murillo MD, Cansino J, Gastelurrutia MA, Faus MJ. Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries. *Current Pharmaceutical Design* 2004;10:3969-85.

34. Schommer JC, Wiederholt JB. The association of prescription status, patient age, patient gender, and patient questions asking behavior with the content of pharmacists-patient communication. *Pharm Res* 1997;14:145-51.
35. Alkhawajah AM, Eferakeya AE. The role of pharmacists in patients' education on medication. *Public Health* 1992;106:231-7.
36. Baldoni AO, Obreli-Neto PR, Guidoni CM, Pereira LRL. Perspectives for Clinical Pharmacy in Brazil. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences (JAPHAC)* 2016;2(3): 45-6.
37. Fonseca CL, Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Reis TM, Rodrigues JPV, Pereira LRL, Giroto E, Guidoni CM. A Farmácia Clínica Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Farmácia* 2017;98(1):1826-44.
38. Borges APS, Guidoni CM, Freitas O, Pereira LRL. Economic evaluation of outpatients with type 2 diabetes mellitus assisted by a pharmaceutical care service. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia [Online]* 2011;55:686-91.
39. Cazarim MS, Freitas O, Penaforte TR, Achcar A, Pereira LRL. Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge. *Plos One* 2016;11:e0155204, 2016.
40. Santos FTC, Silva DLM, Tavares NUL. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. *Brazilian Journal Pharmaceutical Sciences* 2018;54(3):e17033. <http://dx.doi.org/10.1590/s2175-97902018000317033>

Autor

Leonardo Régis Leira Pereira

Docente da FCFRP-USP (desde 2004). Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq. Professor Associado do Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP desde 2013. Vice-Presidente da Comissão de Graduação da FCFRP-USP (Gestão 2018-2020). Graduado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Ribeirão Preto (1998), Mestre e Doutor pela FCFRP-USP, Pós-Doutorado junto ao Departamento de Medicina Interna e Terapia Médica da Università degli Studi di Pavia-Itália e Livre-Docência junto ao Departamento de Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP. Credenciado como orientador junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da FCFRP-USP e Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Rede Brasileira de Assistência Farmacêutica e Vigilância de Medicamentos. Atua na Linha de Pesquisa de Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica & Terapêutica, onde desenvolve trabalhos sobre Cuidado Farmacêutico, Farmacoepidemiologia, Farmacovigilância e Farmacoeconomia.



5

Aula



Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

Autor: Felipe Tadeu Carvalho Santos

Ementa da aula



Esta aula aborda os conceitos, princípios e diretrizes do Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção Básica e suas estratégias de integração com outros serviços de saúde e entre as práticas profissionais.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Compreender o Cuidado Farmacêutico no contexto da Atenção Básica e suas estratégias de integração com outros serviços de saúde e entre as práticas profissionais.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

A Assistência Farmacêutica tem passado por variações na sua forma de atuação e contribuição no contexto de saúde a partir das transformações do sistema de saúde ao longo das últimas décadas, como vimos na aula anterior. Consequentemente, vem ocorrendo uma expansão das atribuições dos profissionais que atuam nessa área, que passaram a prover práticas clínicas de corresponsabilização com o cuidado e integração com a equipe, com o propósito de atingir resultados que melhorem a qualidade de vida dos pacientes nos diversos níveis de atenção.

Apesar de a Assistência Farmacêutica ter um papel dinamizador na organização dos sistemas de saúde, uma vez que atua de forma transversal entre os serviços e consolida os vínculos com a população, na maioria das vezes, ainda, é entendida como um processo de gestão burocrática, que envolve tecnologias limitantes voltadas prioritariamente para a logística de medicamentos^{1,2}.

É notório o destaque do medicamento como um insumo terapêutico essencial na saúde da população e o lugar hegemônico que este tem ocupado na sociedade atual. Quando utilizado de forma racional, o medicamento passa a se apresentar como um dos recursos de maior custo-efetividade, entretanto, quando utilizado de forma inadequada, vem a ser um significativo problema de saúde pública³. Cada vez mais tem se tornado crescente a morbimortalidade relacionada aos medicamentos e o aumento do consumo desses insumos farmacoterapêuticos, que muitas vezes estão vinculados a um modelo curativista firmado entre os serviços de saúde e o usuário, caracterizado principalmente pelo foco centralizador no produto, com a farmácia tendo apenas a função restritiva de disponibilizar o insumo⁴⁻⁶.

A partir dessa perspectiva, a utilização efetiva e segura de medicamentos necessita estar no foco da atuação dos profissionais de saúde, de forma a propiciar melhores resultados advindos com a utilização da

farmacoterapia e evitar as graves consequências relacionadas ao uso inadequado de medicamentos, conforme vimos na *Aula 4*. Entre os atores envolvidos nesse processo está o farmacêutico, que assume um papel fundamental, juntamente com outros profissionais e com a comunidade assistida, de forma a instituir um olhar ampliado para o bem-estar da população⁷.

Dessa forma, o trabalho articulado em equipe e a promoção da atenção integral à saúde, aliada à corresponsabilização com o cuidado, contemplam as necessidades emergentes da sociedade atual no que tange à atuação do farmacêutico. Esse profissional passa então a incorporar novas estratégias assistenciais em sua rotina laboral, por meio do desenvolvimento de práticas de cuidado voltadas à população, através do desenvolvimento de ações de aconselhamento ao usuário, revisão da farmacoterapia, reconciliação medicamentosa, avaliação e promoção da adesão terapêutica, acompanhamento farmacoterapêutico, entre outras⁸. Tais ações se materializam com a realização de consultas específicas e compartilhadas, visitas domiciliares e ações educativas voltadas para a comunidade e outros profissionais de saúde, que ocorrem principalmente no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Surge então a necessidade de o farmacêutico rediscutir o seu papel e entender o uso do medicamento a partir do indivíduo e não do produto em si, tendo assim como foco principal da sua atuação o cuidado com as pessoas. A partir de então, almeja-se uma atuação do farmacêutico estruturada a partir de uma perspectiva ampliada do cuidado, na qual permite o estabelecimento da relação terapêutica entre o profissional e o usuário, criando também um compromisso que vai além da esfera medicalizante, mas envolve ações voltadas para hábitos e estilos de vida saudáveis⁹.

Nessa perspectiva, a incorporação do Cuidado Farmacêutico, pautado pela interação direta do farmacêutico com o usuário e a equipe de saúde, contribui para a qualificação da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde e envolve uma série de comportamentos, corresponsabilidades, atitudes e habilidades na prestação da farmacoterapia, com o objetivo real de alcançar resultados terapêuticos positivos⁹⁻¹³.

Que tal conhecer mais sobre o Cuidado Farmacêutico?

Vamos lá!!!

Leia um pouco mais!

[Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2014.](#) 



Fonte: Imagem – Flaticon ©.

Reconfiguração do papel social do farmacêutico



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O entendimento ampliado de saúde, a partir do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que a define como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, não apenas como a ausência de doenças, é fundamental para compreender o papel social do farmacêutico¹⁴. A saúde é vista como um processo amplo e complexo, o que remete a uma pluralidade de determinantes e condicionantes sociais. Dessa forma, configura-se a necessidade de uma amplitude assistencial, que possibilite uma atuação sistêmica e construtora, em todos os campos da área da saúde, inclusive na área farmacêutica. De forma a atender todas as demandas e necessidades trazidas pela sociedade, a implementação de diferentes abordagens e espectros de atuação, para além da dimensão estritamente biológica, é fundamental para operar frente às preposições de saúde da população.

Diante de toda a realidade contemporânea e do panorama da estruturação do sistema de atenção à saúde, a formação do farmacêutico e preparação deste profissional para lidar com a rede de cuidado e assistência à saúde requer o desenvolvimento de competências e habilidades gerais e específicas, de forma a contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral no sistema regionalizado e hierarquizado, assim como o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁵. A evolução da forma de atuação do farmacêutico inserido em um sistema de saúde passa então a se configurar em um contexto social, que visa a melhoria do estado de saúde da população, a partir do desenvolvimento de ações comunitárias e com foco sanitário, principalmente no que diz respeito à saúde pública.

Assim, torna-se cada vez mais fundamental efetivar a Farmácia Social como uma área interdisciplinar presente na formação do farmacêutico, uma vez que permite oferecer ferramentas, através dos conhecimentos de teorias e métodos das ciências sociais e humanísticas, voltadas para a investigação dos aspectos sociais relacionados à farmacoterapia, assim como propicia a evolução da relação comunicativa existente entre o paciente e o profissional¹⁶.

A aproximação do farmacêutico com as linhas de cuidado em saúde, de forma a assumir um papel clínico-assistencial e desenvolver as ações voltadas para cuidado propiciou o desenvolvimento de macro componentes importantes nessa prática, definidos no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, tais como: a educação em saúde e a promoção do uso racional de medicamentos, a orientação farmacêutica, a dispensação de medicamentos, o atendimento farmacêutico, o acompanhamento farmacoterapêutico e o registro sistemático das atividades^{17,18}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Independentemente da estratégia de ação elencada pelo farmacêutico para atuação na comunidade, a relação terapêutica criada entre o farmacêutico e o usuário deve estar baseada no respeito mútuo, no vínculo de confiança e na troca contínua de experiências. A dimensão comunicativa e a rede de atenção conversacional, ligada à perspectiva da integralidade, envolvem processos, estratégias e inventividades, que precisam envolver os atores sociais com os problemas de saúde a serem enfrentados, inclusive com relação ao uso indiscriminado de medicamentos¹⁹.

Diante dessa realidade, as ações do farmacêutico necessitam estar voltadas predominantemente para o sujeito, ou seja, para os usuários do sistema de atenção à saúde²⁰. A consolidação efetiva desse profissional, de forma a responder às necessidades sociais, carece de ser concretizada em meio à superação do entendimento do papel do serviço de farmácia e da sua redefinição como integrante da rede assistencial, assim como através de uma participação voltada para corresponsabilização do cuidado junto com os usuários e a equipe de saúde, com foco nos benefícios trazidos com o uso de medicamentos e nas práticas saudáveis de vida.

Lembre-se!

A atuação do farmacêutico inserido em um contexto social visa responder as necessidades de saúde da sociedade, com o foco na melhoria da qualidade de vida da população.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Atuação do farmacêutico na perspectiva do cuidado

Como vimos na *Aula 2*, o cuidado em saúde remete à compreensão do outro e tem como foco primordial o ser humano, a partir de uma relação de mútuo reconhecimento e confiança.

A atuação do farmacêutico na perspectiva do cuidado vai além da realização de um determinado procedimento assistencial, uma vez que envolve a otimização de relações e o comprometimento de todos os envolvidos no processo²¹. Busca-se assim, alcançar resultados concretos na terapia farmacológica, por meio da utilização racional e segura dos medicamentos, a partir de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, superando um discurso tecnicista e considerando aspectos situacionais, emotivos e subjetivos, que constituem a realidade do indivíduo^{9,22}.

O conhecimento de aspectos de vida que contribuem para a resolutividade da farmacoterapia e as intervenções em saúde são fundamentais²³. Faz-se então necessário o desenvolvimento de uma visão ampliada dos aspectos de cuidado no âmbito de trabalho do farmacêutico, de forma a não se manter rendido a um arcabouço técnico limitado e fragmentado, mas que considere fatores condicionantes e determinantes da saúde, como sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais. A partir de então, ganham significância os processos de corresponsabilização e empoderamento dos envolvidos nas ações em saúde, além da necessidade primordial de integração com a equipe de saúde¹⁰. A área farmacêutica se reinventa em meio a aspectos humanísticos e sociais voltados para o bem-estar e para a melhoria da qualidade de vida da população, na perspectiva da clínica ampliada.

A clínica ampliada é uma diretriz de atuação dos profissionais da saúde, que consiste na articulação e diálogo de diferentes saberes para compreensão dos processos de saúde e doença e que possibilita a inclusão de usuários como sujeitos ativos nas condutas em saúde, inclusive da elaboração de seu projeto terapêutico, considerando a singularidade do sujeito e todas as suas dimensões²⁴.

A abrangência do entendimento do cuidado, a partir da perspectiva centrada na pessoa, como vimos na *Aula 3*, e da clínica ampliada envolve o comprometimento do profissional com o compartilhamento da tomada de decisão e a responsabilização pelos resultados alcançados com o plano de cuidado, com vistas à construção de uma relação humanizada e harmônica, de forma a considerar as expectativas e dificuldades trazidas pelo usuário.



Já entendemos o papel social do farmacêutico e a importância da sua atuação na perspectiva do cuidado, mas, afinal, qual é o conceito de Cuidado Farmacêutico?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

O projeto *Atenção Básica*, promotor do curso que fundamenta esta publicação, adota o conceito de Cuidado Farmacêutico* como “um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde.

*Nota do editor: Conceitos definidos na 1ª Oficina de Alinhamento Conceitual do projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizada em outubro de 2018, em Brasília/DF. Reuniram-se especialistas, equipe do projeto e Grupo Executivo - composto por representantes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, CONASEMS e Ministério da Saúde - com o objetivo de discutir temas importantes e controversos que envolvem a Assistência Farmacêutica e a Atenção Básica e definir a abordagem conceitual a ser utilizada nos cursos do projeto.

Como vimos no conceito apresentado anteriormente, o Cuidado Farmacêutico permeia duas dimensões importantes, a clínica relacionada à vigilância do uso de medicamentos e a técnico-pedagógica direcionada para o desenvolvimento de competências e habilidades dos usuários e profissionais para a promoção do uso racional de medicamentos⁸, conforme ilustrado na Figura 9.

Figura 9. Dimensões do Cuidado Farmacêutico



Fonte: Elaboração própria.

»» Dimensão clínico-assistencial

O espectro do Cuidado Farmacêutico, no que tange à dimensão clínico-assistencial, remete à aproximação do farmacêutico com o usuário, em meio à responsabilização pelas suas necessidades de saúde e compromisso com o processo de uso de medicamentos^{9,25}.

A expansão da prática clínica na perspectiva farmacêutica vem ao encontro da transição demográfica e epidemiológica observada já há algumas décadas no país, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida e do índice de doenças crônicas não transmissíveis e, conseqüentemente, uma tendência à maior utilização de medicamentos pela população. Apesar da existência de práticas alternativas e complementares, o sistema de saúde ainda carece do fortalecimento e estímulo a essas práticas não convencionais na abordagem dos profissionais.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A crescente complexidade da terapia medicamentosa, como o uso de quatro ou mais medicamentos (polifarmácia), assim como de usuários com várias morbidades, aumentam o risco da ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, como eventos adversos e erros de medicação^{26,27}. Alguns estudos realizados com pacientes idosos evidenciam que a prática clínica do profissional farmacêutico contribui para a melhoria da adesão à farmacoterapia, a redução do número de medicamentos utilizados e uma maior racionalidade das prescrições em longo prazo²⁸.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Dessa forma, a crescente morbimortalidade relativa às doenças e à farmacoterapia repercute nos sistemas de saúde e o farmacêutico é requerido a participar de forma mais ativa nos processos clínicos e na assistência ao paciente, o que inclui uma maior corresponsabilização no cuidado e na realização de ações terapêuticas voltadas para o alcance de resultados positivos com o uso da farmacoterapia, de forma a almejar o máximo de benefícios e o mínimo de riscos possíveis. Assim como agrega elementos importantes no escopo de atuação clínica, como a relacional, a comunicativa e a comportamental, que propiciam a criação do vínculo e têm como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente^{21,22,27-29}.

A dimensão clínico-assistencial engloba um grupo amplo de ações que podem ser realizadas pelo farmacêutico, de forma integrada com equipe de saúde, centrada no usuário e com foco na promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Tais ações podem ser agrupadas em dois tipos: (i) as que estão relacionadas ao processo do uso de medicamentos, como aconselhamento farmacoterapêutico e revisão da farmacoterapia; e (ii) as que estão centradas na avaliação dos resultados do tratamento medicamentoso, também entendidas como atividades cognitivas avançadas, como as relacionadas à farmacovigilância, avaliação do estado atual da doença e o acompanhamento farmacoterapêutico^{8,11,30}.

Algumas ações clínicas assistenciais do farmacêutico, as quais requerem um atendimento individualizado e em ambiente privado, foram testadas em estudos controlados e randomizados. No âmbito da Atenção Básica, destacam-se: aconselhamento ao usuário, avaliação e promoção da adesão terapêutica, revisão da farmacoterapia, conciliação de medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico⁸.

A dark orange rectangular box with rounded corners. On the left side, there is a white speech bubble icon containing a white person silhouette. To its right, the text reads: "Entendi que a dimensão clínico-assistencial envolve atividades ligadas diretamente ao usuário." On the right side, there is another white speech bubble icon with a person silhouette. Below it, the text reads: "Isso mesmo! Destacam-se algumas ações clínicas assistenciais realizadas pelo farmacêutico na Atenção Básica. Vamos estudar mais sobre elas?"

Entendi que a dimensão clínico-assistencial envolve atividades ligadas diretamente ao usuário.

Isso mesmo! Destacam-se algumas ações clínicas assistenciais realizadas pelo farmacêutico na Atenção Básica. Vamos estudar mais sobre elas?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

1

Aconselhamento ao usuário: compreende as orientações referentes à farmacoterapia, com a finalidade de contribuir para a compreensão e autonomia do indivíduo quanto à autogestão consciente da terapia farmacológica, possibilitando ainda somar no letramento em saúde do usuário e na adesão ao tratamento⁸. Vale destacar que a falta de informação sobre os medicamentos e um baixo entendimento da farmacoterapia compreendem os principais problemas de não cumprimento adequado do tratamento pelos usuários⁹.

3

Revisão da farmacoterapia: envolve a avaliação de medicamentos, prescritos ou não, utilizados pelo usuário, a partir da qual pode resultar a identificação de problemas relacionados à farmacoterapia e a proposição de estratégias de manejo dos referidos problemas, com o usuário e a equipe, que fazem parte do plano de cuidado⁸. A oferta da revisão da farmacoterapia desenvolvida por farmacêuticos está disponível em vários países, como Reino Unido (Medicines Use Review – MUR), Estados Unidos (Medication Therapy Management – MTM), Austrália (Home Medication Review – HMR), Canadá (MedsCheck) e Nova Zelândia (MUR)²⁷.

2

Avaliação e promoção da adesão terapêutica: inclui a análise do uso do medicamento conforme orientação profissional, podendo utilizar inclusive parâmetros e instrumentos padronizados para essa análise. Envolve ainda a utilização de múltiplas estratégias de orientação ao usuário, como pictogramas, calendários posológicos e outros materiais educativos, que podem ser utilizados de forma combinada para favorecer o entendimento e a adesão ao tratamento⁸.

4

Conciliação de medicamentos: compreende a análise completa da história farmacoterapêutica do usuário, de forma a promover a conciliação dos medicamentos prescritos por diferentes profissionais para um mesmo usuário. Essa situação se acentua principalmente na transição entre níveis assistenciais, tendo assim a finalidade principal de identificar e resolver discrepâncias não intencionais de prescrições medicamentosas de pacientes em transição de cuidado^{8,30,31}.

5

Acompanhamento farmacoterapêutico:

envolve o acompanhamento dos resultados advindos com o uso dos medicamentos e requer um seguimento mais prolongado, a partir da análise das metas terapêuticas propostas, sendo necessário principalmente para pacientes com tratamentos complexos e com dificuldades na utilização dos medicamentos⁸. Prevê assim uma corresponsabilização do farmacêutico com o usuário quanto a prevenção, identificação e resolução de problemas associados aos medicamentos, o que deve ser continuado e documentado²⁵.

Cada encontro do farmacêutico com o usuário envolve um processo sistemático, que visa a identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, assim como a promoção de resultados positivos advindos do uso de medicamentos³². No âmbito da Atenção Básica, o atendimento individualizado pode se dar por meio de consultas farmacêuticas ou visitas domiciliares, que podem ser específicas ou compartilhadas com outros profissionais.

Conforme descrito por Oliveira, Brummel e Miller³², as responsabilidades do farmacêutico no âmbito clínico estão relacionadas com:

- » a priorização do foco no paciente com um olhar integral, de forma a superar a abordagem fragmentada de um determinado medicamento ou doença;

- » a extração das necessidades e expectativas do paciente no que tange à farmacoterapia;
- » a prevenção, identificação e resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia, por meio da promoção do uso adequado e seguro dos medicamentos;
- » o registro de todos os atendimentos realizados, assim como dos resultados alcançados;
- » a colaboração com todos os membros da equipe de cuidado.

»» **Dimensão técnico-pedagógica**

A dimensão técnico-pedagógica compreende as atividades relacionadas à educação e ao compartilhamento de saberes, no que diz respeito à promoção do uso racional de medicamentos, envolvendo assim ações de caráter clínico e educacional. Dessa forma, envolve práticas voltadas para a coletividade (sociedade) e também para outros profissionais (equipe de saúde)⁸.

Destaca-se assim, o papel do farmacêutico como educador em saúde acerca dos aspectos relacionados à farmacoterapia, sendo um ponto crucial e capaz de alicerçar a nova formatação de expansão do trabalho desse profissional na realidade da saúde pública. A educação em saúde deve ir além da simples disseminação do conhecimento, pois necessita envolver processos que contribuam para a mudança de atitude e de conduta com relação ao uso de medicamentos pelas pessoas. Assim, os profissionais farmacêuticos estão inseridos na lógica da produção social da saúde, agregando os múltiplos saberes e práticas de cuidado, envolvidos pela escuta, diálogo, solidariedade e autonomia³³. Entre as estratégias de educação em saúde e ações relacionadas à farmacoterapia, as abordagens podem ser feitas de forma individualizada ou coletiva, no âmbito da lógica do matriciamento.

Mas, o que é matriciamento?

O matriciamento é sinônimo de apoio matricial e pode ser entendido como um arranjo organizacional e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, que tem o objetivo de expandir as possibilidades de realização da clínica ampliada e integração entre as distintas especialidades. Visa assegurar uma maior eficácia e eficiência no trabalho em saúde e contribuir para a construção da autonomia do usuário, sendo também uma retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes³⁴.

Dessa forma, as ações matriciais envolvem o compartilhamento de saberes e práticas e podem estar diretamente voltadas para o âmbito assistencial, em atividades diretas com os usuários, em consultas, visitas domiciliares e grupos educativos, assim como em atividades com e para a equipe, em reuniões de equipe e espaços de troca, em atividades compartilhadas nas Unidades de Saúde³⁵.

No que tange às **ações técnico-pedagógicas voltadas para o usuário, família ou comunidade**, estas podem ocorrer na esfera individual, porém destacam-se as ações coletivas, através dos grupos educativos, como uma estratégia interessante no âmbito da Atenção Básica, uma vez que possibilita a inclusão e identificação entre os participantes, de forma que cada indivíduo possa enxergar no outro a sua realidade e propiciar a busca do amparo dos seus problemas de saúde³⁶. A troca de saberes e de experiências se faz permanente tanto na abordagem coletiva participativa, como na aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelos membros da atividade em saúde.

A atuação do farmacêutico na abordagem coletiva possibilita a agregação de pessoas com dificuldades ou dúvidas semelhantes relacionadas aos medicamentos, o que permite trabalhar as especificidades de forma generalizada, com o cuidado de respeitar cada indivíduo mediante a sua ca-

pacidade de interação e compreensão do tema discutido. Alguns temas podem ser abordados pelo farmacêutico nessas ações coletivas, como automedicação, interações medicamentosas, forma de uso correto das diversas formas farmacêuticas, identificação de reações adversas, assim como questões relacionadas ao acesso e ao uso abusivo de medicamentos, entre outras⁸. Contudo, vale ressaltar que o planejamento para a realização de atividades coletivas deve ocorrer em meio às necessidades e demandas do território, trazidas pelos próprios usuários e compartilhadas com os profissionais da equipe de saúde. Além disso, cabe também ao farmacêutico a identificação de indivíduos que necessitam de uma abordagem individualizada, possibilitando uma orientação mais focada no arcabouço farmacológico utilizado ou na incorporação de um acompanhamento continuado.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A estratégia de ação coletiva na Atenção Básica é utilizada de forma frequente e tem respostas importantes no que se refere à promoção da saúde e prevenção de doenças dos indivíduos. Outrossim, o farmacêutico necessita fortalecer sua inserção e participação nos grupos multiprofissionais ofertados para a população nos diversos equipamentos de saúde, de forma a concretizar o seu papel social, cuidador e educador, nas diversas linhas de cuidado, tais como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Planejamento Familiar, entre outras. O farmacêutico passa então a possibilitar uma interação concreta e relacional com a comunidade, propiciando um maior reconhecimento da população e dos outros profissionais envolvidos na assistência aos usuários. Vale ressaltar que a falta de informação sobre os medicamentos é uma das principais causas responsáveis pelo não cumprimento do tratamento adequado pelos usuários, ocasionando assim uma necessidade crescente de orientações relacionadas à farmacoterapia e o uso prudente de medicamentos⁸. Apesar da responsabilidade quanto à orientação do usuário e ao desenvolvimento de ações educativas sobre medicamentos não ser exclusiva do farmacêutico, esse profissional tem um papel fundamental nesse processo¹⁹.

No que se refere às **ações técnico-pedagógicas voltadas aos profissionais**, estas contribuem para a assimilação de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades relacionadas ao uso racional de medicamentos, podendo colaborar também para a gestão da clínica. Nessa lógica, o conhecimento específico do farmacêutico relacionado aos medicamentos deve ser compartilhado com a equipe, de forma que todos possam utilizá-lo na prática com os usuários⁸.

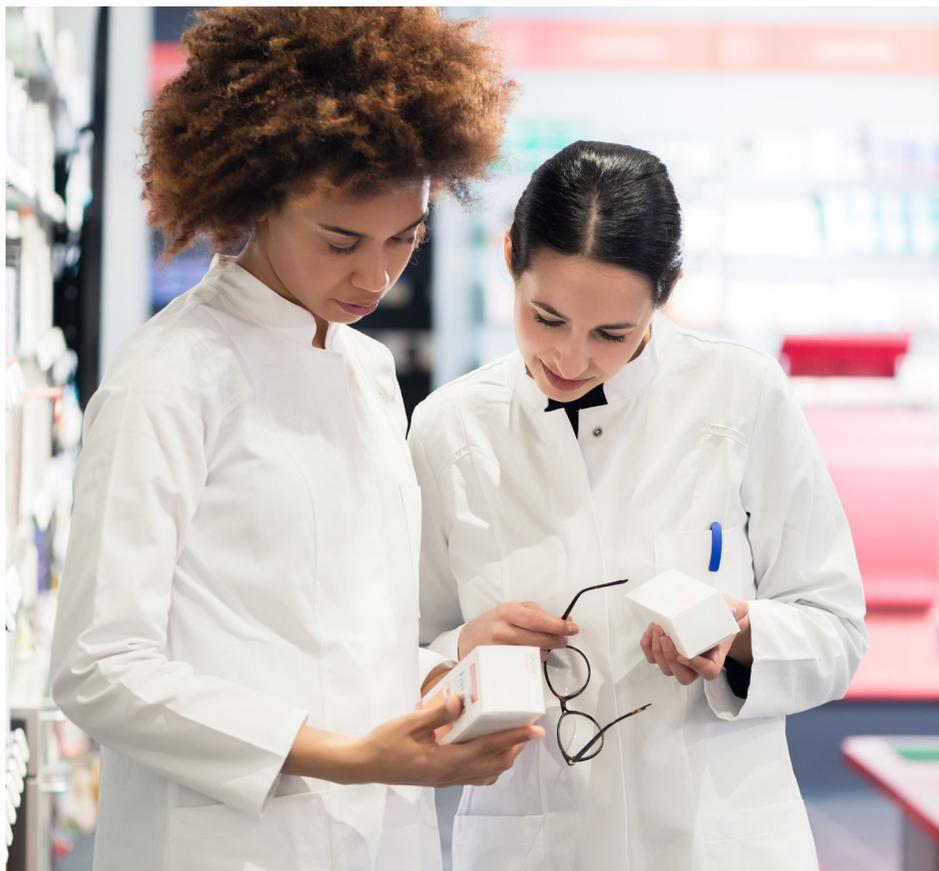
As atribuições do farmacêutico clínico relacionadas à gestão do conhecimento estão detalhadas na Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585, de 29 de agosto de 2013³⁷, dentre as quais, destacam-se duas consideradas relevantes no âmbito técnico-pedagógico:

“ [...] III - *Buscar, selecionar, organizar, interpretar e divulgar informações que orientem a tomada de decisões baseadas em evidência, no processo de cuidado à saúde;*
 [...] VIII - *Participar de comissões e comitês no âmbito das instituições e serviços de saúde, voltados para a promoção do uso racional de medicamentos e da segurança do paciente;*
 [...] (p. 6)³⁷. ”

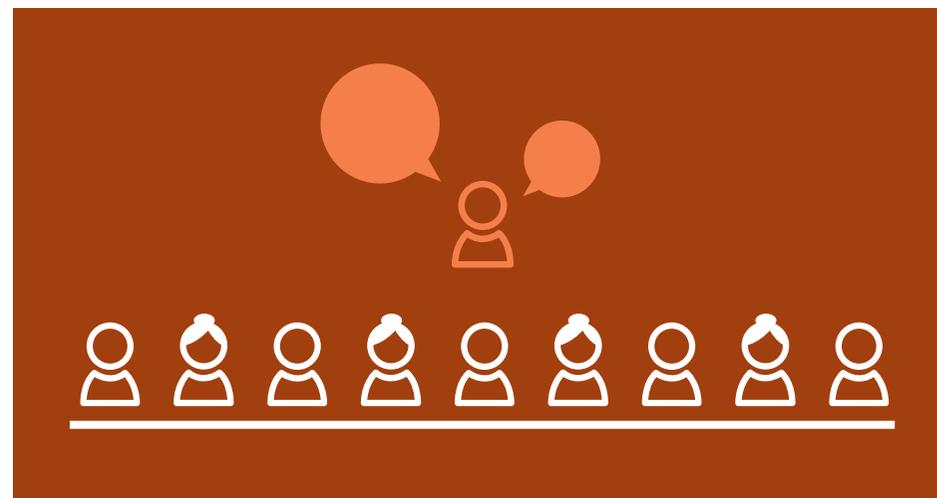
O compartilhamento de informações com a equipe, baseadas em evidências, de forma a contribuir com a melhoria dos resultados relacionados à farmacoterapia, faz parte das atribuições do farmacêutico, principalmente àqueles envolvidos nas atividades do cuidado. A elaboração de pareceres e comunicados técnicos, de acordo com a realidade ou necessidades do território, assim como a realização de registros em prontuários dos serviços sobre casos específicos, podem contribuir para o planejamento e execução de ações de saúde voltadas para o indivíduo, família ou comunidade⁸.

Dessa forma, em meio à responsabilidade sanitária e ao compromisso com a promoção do uso racional de medicamentos, o farmacêutico pode se apropriar de informações relacionadas ao uso de medicamentos no seu território e disseminar tais informações a outros profissionais, propiciando a reflexão e o desenvolvimento de estratégias, que podem estar voltadas, por exemplo, à sensibilização de prescritores acerca da indicação indevida de determinadas classes farmacológicas, do uso abusivo de medicamentos, da conscientização quanto a protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, práticas de farmacovigilância, entre outros aspectos.

Existem diversas alternativas para o desenvolvimento de um trabalho integrado entre o farmacêutico e outros membros da equipe nas Unidades de Saúde, que podem propiciar inclusive o desenvolvimento de práticas técnico-pedagógicas, como reuniões de equipe e de matriciamento, espaços de educação continuada, além das atividades assistenciais compartilhadas, como consultas, grupos educativos e visitas domiciliares.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Freepik ©.

Torna-se fundamental também a participação do farmacêutico em comissões nos serviços de saúde, de forma a contribuir com subsídios e reflexões relacionadas à farmacoterapia e ao uso de medicamentos pelos usuários. Todos os espaços de interação e troca são fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos e segurança do paciente. Propõe-se, ainda, o desenvolvimento de Comitês de Uso Racional de Medicamentos (Curame) nos territórios (municipais, regionais, distritais), conforme proposto pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 3.221, de 09 de dezembro de 2019, que dispõe sobre a recriação do Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos³⁸.

O Curame é um grupo multiprofissional responsável pela identificação de práticas relacionadas ao uso inadequado de medicamentos e pelo desenvolvimento de estratégias que visem promover o uso prudente de medicamentos de forma institucional, integrada e segura. Algumas das atribuições do Curame são apresentadas no Caderno 1 da série “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica” do Ministério da Saúde⁸, as quais reproduzimos parte delas a seguir:

“a. Conhecer e monitorar o perfil de utilização de medicamentos no município;

b. Conhecer e monitorar o nível de adesão dos usuários ao tratamento e os demais problemas relacionados aos medicamentos presentes no município;

c. Analisar situações de uso inadequado de medicamentos do município, bem como propor e desenvolver ações que possam colaborar para sua resolução;

d. Atuar, em caráter consultivo, de forma integrada a outros comitês, comissões e grupos de trabalho existentes no município ou na região de saúde;

e. Propor e realizar ações de capacitação de profissionais de saúde e eventos de caráter técnico-científico, voltados para o uso racional de medicamentos;

f. Estimular e facilitar a articulação e o trabalho colaborativo das equipes de saúde para garantia do acesso e uso racional de medicamentos;

g. Contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso no município, a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes”. (p. 95-96)⁸.

O farmacêutico e a promoção da saúde na Atenção Básica

A análise mais atual dos desdobramentos do processo saúde-doença tem conduzido para uma evolução do conceito biomédico do cuidado e medicalizante, na qual o olhar está voltado para a doença, propiciando assim uma visão pouco holística e limitada do indivíduo. As crescentes discussões relacionadas à agenda de promoção à saúde e prevenção de doenças têm ressaltado a importância da Atenção Básica nos sistemas de saúde, com foco na ordenação da rede e coordenação do cuidado, como vimos na *Aula 1*.

A partir de então, surge a incorporação de diversos valores ligados à atenção à saúde na sua conjuntura mais atualizada e moderna, como qualidade de vida, realidade social, relações pessoais, intersetorialidade, cidadania, entre outros^{39,40}. O farmacêutico carece de desenvolver e estimular práticas não convencionais em saúde, a partir de alternativas terapêuticas complementares, que são inseridas no processo do cuidado e valorizam a interdisciplinaridade⁴¹.

Nesse contexto, cresce a necessidade do desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, nos diversos profissionais, voltados para a promoção da saúde do indivíduo, não sendo suficientes somente as aptidões voltadas para a prevenção e recuperação³⁹.

A atuação do farmacêutico na promoção do uso racional de medicamentos e, de forma expansiva, na promoção da saúde na Atenção Básica se dá a partir de um processo de integração com o usuário, em que os sujeitos constroem, através de uma aproximação, uma relação de confiança capaz de distinguir e hierarquizar necessidades, de forma a incorporar novas práticas de vida^{19,33}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Vieira⁷ e Leite³⁹ discorrem sobre domínios importantes da atuação do farmacêutico na Atenção Básica, principalmente no que tange à promoção à saúde, a saber:

1

Reorientação dos serviços de farmácia: o que envolve a reorientação das práticas terapêuticas centralizadas nos medicamentos e no exponencial aumento do seu consumo. O entendimento de que o medicamento faz parte de toda uma rede de cuidados é essencial, de forma a propiciar a valorização e destaque de outras propostas terapêuticas envolvidas com o aspecto de vida e o apoio não farmacológico. O Cuidado Farmacêutico vai muito além do entendimento do processo farmacoterapêutico e necessita englobar a pessoa de forma integral.

2

Desenvolvimento de habilidades da comunidade: é importante definir a atuação do farmacêutico voltada para a informação da comunidade sobre condições que sejam determinantes sobre o seu estado de saúde. A conscientização da comunidade para alcançar melhores índices de saúde torna-se, portanto, fundamental. Dessa forma, o primeiro passo é identificar as necessidades do território quanto às informações e orientações em saúde para direcionar as ações planejadas. Assim, pode-se trabalhar com a comunidade, por exemplo, as doenças mais prevalentes, prevenindo e minimizando suas complicações.

3

Incentivo à ação comunitária: o incentivo à ação comunitária permeia o desenvolvimento da consciência política na comunidade, de forma a favorecer seu desenvolvimento sustentável, como o estímulo às discussões relacionadas às práticas saudáveis de vida, participação nas campanhas de saúde, desenvolvimento conjunto de ações de prevenção de doenças e o estabelecimento de prioridades para a educação em saúde.

Assim, a inserção do farmacêutico no contexto da Atenção Básica tem se configurado de forma a construir uma identidade, a partir de novas práticas, que transcendem a disponibilização do insumo farmacológico e que têm como fundamento básico e essencial a redução dos riscos de morbimortalidade e o uso racional dos medicamentos.

Integração do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

A fragmentação dos modelos assistenciais tem se tornado um grande desafio na organização dos sistemas de saúde. A partir de então, a integração dos serviços surge como um atributo fundamental nas reformas das políticas públicas direcionadas à Atenção Básica⁴². Apontamentos referentes a problemas relacionados à coordenação dos cuidados em saúde, assim como ausência de comunicação entre os serviços e profissionais e segmentação da rede assistencial, têm sido pauta frequente de discussões e reflexões no âmbito da saúde⁴³.

A integralidade, como princípio doutrinário do SUS remete à necessidade de integração dos serviços, uma vez que está baseada na garantia da atenção em todos os níveis de complexidade, na articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a partir de uma abordagem integral dos indivíduos, famílias e comunidades^{42,44}. Entende-se por integração o processo de coordenação e cooperação dos serviços assistenciais, que pode se dar de forma normativa, voltada para a interface da integração clínica e funcional, ou sistêmica, a partir da coesão das diferentes modalidades em todos os níveis assistenciais^{42,45}.

Nessa perspectiva, o processo de integração do Cuidado Farmacêutico pode ocorrer com outros serviços de saúde da rede assistencial ou entre as práticas profissionais que permeiam a integração com outros profissionais dentro do mesmo equipamento de saúde, sendo fundamental a instituição de canais de comunicação, por sua vez construídos a partir da aproximação e de uma relação de confiança, capaz de distinguir e hierarquizar necessidades, em um ambiente de cooperação e corresponsabilidades.

»» Integração com outros serviços de saúde

Dentre as estratégias que viabilizam o processo de interação entre os serviços, destacam-se os instrumentos de referência e contrarreferência, os sistemas de informação e os espaços e atividades de matriciamento.

As **ferramentas de referência e contrarreferência** são importantes instrumentos de integração, fundamentais para a comunicação entre serviços que estão no mesmo nível de complexidade ou em níveis diferenciados. O estabelecimento de fluxos, formulários e sistemas de informação padronizados é estratégico na operacionalização desse processo.

Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2007, na publicação intitulada “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”:

“ [...] os sistemas de atenção em saúde devem trabalhar de uma forma integrada, desenvolvendo mecanismos que coordenem a atenção por todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e sistemas de referência e contrarreferência (p. 12)⁴⁶. ”

Entende-se por referência a ação pela qual o usuário é encaminhado para serviços de níveis mais especializados e de maior complexidade tecnológica. Por exemplo, quando o paciente é encaminhado de uma unidade de saúde para um centro de especialidades ou hospital. Já a contrarreferência é o processo inverso, quando se encaminha o paciente para níveis de densidade tecnológica menos complexos⁴⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os **sistemas de informação** são ferramentas estratégicas que viabilizam o compartilhamento de informações e dados entre os serviços, dentre os quais, ressalta-se o prontuário eletrônico que pode circular em todos os níveis do sistema, permitindo a comunicação fluida e eficaz entre a Atenção Básica e os outros pontos de atenção da rede.

Dessa forma, a instituição do serviço de Cuidado Farmacêutico em um determinado território necessita considerar o conhecimento da rede assistencial e das ferramentas disponíveis de comunicação entre os serviços, de forma a agregar o processo de cuidado continuado e integral. As mesmas ferramentas e fluxos instituídos na rede devem ser utilizados pelo farmacêutico, evitando-se processos paralelos e não institucionais.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

As **estratégias de matriciamento** entre os serviços de diferentes níveis assistenciais e a garantia desses espaços na agenda dos profissionais que viabilizem essas atividades têm se configurado como uma alternativa potente de integração entre os serviços. É possível perceber a capacidade efetiva da resolutividade dessas ações, por meio da síntese de saberes e complexa interação de ações individuais e coletivas, com finalidades educativas, preventivas, assistenciais e curativas. O farmacêutico pode contribuir, nesse processo, através do compartilhamento de experiências, informações técnicas e científicas relacionadas à farmacoterapia de casos específicos ou a partir de demandas sistêmicas.

A seguir, apresentamos um exemplo de uma ação de integração entre serviços envolvendo farmacêuticos e outros profissionais de diferentes níveis assistenciais dentro de um determinado território:

Os profissionais de uma Unidade de Saúde de um determinado território identificaram um índice elevado de reinternação hospitalar de pacientes hipertensos da sua área adscrita, que tinham alto índice de descompensação clínica, além da suspeita de não adesão à terapia medicamentosa. A partir desse diagnóstico, organizou-se uma oficina no território, envolvendo os serviços de nível básico e especializado para discutir fluxos e pensar estratégias de intervenção, como o monitoramento integrado desses pacientes. Dentre outras propostas estabelecidas, o farmacêutico da Unidade de Saúde sugeriu priorizar o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes hipertensos que tiveram alguma internação hospitalar no último ano. Definiu-se também que o serviço hospitalar fará o encaminhamento dos pacientes nessas condições, que tiverem alta, diretamente para a Unidade Básica de referência do usuário, para que seja feito o seu acompanhamento. Além disso, serão realizados encontros periódicos para avaliar os resultados dessas ações, em que o farmacêutico da Unidade de Saúde compartilhará os dados referentes ao seguimento clínico dos pacientes.

»» Integração entre as práticas profissionais

O papel do farmacêutico na integração com outros membros da equipe de saúde se dá em meio a um processo educativo, de corresponsabilização e empoderamento dos envolvidos nas ações de saúde para o alcance de resultados significativos para a vida das pessoas. Jorgenson et al.⁴⁸ apresentam algumas recomendações direcionadas ao farmacêutico e que podem contribuir para a sua integração com outros profissionais:

1. Identificar as prioridades e necessidades da equipe e de seus pacientes;
2. Sensibilizar quanto à descrição do seu papel (farmacêutico), principalmente no que tange às práticas clínicas, e compartilhar com a equipe os resultados da sua atuação;
3. Entender o papel dos outros membros da equipe;
4. Ser altamente visível e acessível;
5. Prestar uma atenção proativa e assumir responsabilidades sobre os pacientes;
6. Procurar dar *feedback* regular para a equipe quanto a sua atuação e sobre os casos encaminhados para atendimento clínico.

A articulação do farmacêutico com outros profissionais e como membro efetivo da equipe de saúde reforça a necessidade de desenvolver habilidades relacionadas a comunicação e educação em saúde. Sua participação em reuniões de equipe e de discussão de casos, além do desenvolvimento de atividades compartilhadas, como consultas, visitas domiciliares e grupos educativos, de forma planejada e prevista na agenda do profissional, são alguns dos espaços que propiciam a integração e articulação com outros profissionais. Além disso, o desenvolvimento de atividades de educação continuada aos profissionais de saúde, de assuntos relativos a medicamentos, e de acordo com o perfil epidemiológico e demandas encontradas na comunidade, faz parte das atribuições do farmacêutico na Atenção Básica e contribuem para a inserção do profissional na equipe.

Desafios para consolidação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

O trabalho do farmacêutico no contexto da Atenção Básica no SUS está sendo construído ao longo dos anos e busca se consolidar em meio a alguns desafios. O primeiro deles diz respeito ao entendimento de usuários, profissionais e gestores quanto ao papel da farmácia no sistema de saúde como um local único e exclusivo de entrega de medicamentos e de suprimentos da rede. A farmácia precisa ser entendida e atuar como um ponto de atenção, rompendo com o modelo biomédico centrado no medicamento e articulando práticas interdisciplinares de promoção do uso racional de medicamentos. O farmacêutico deve assim discutir seu posicionamento como profissional de saúde, de forma a redefinir o seu papel como integrante da cadeia de cuidados.

Outro ponto importante se refere à organização e dimensionamento das atividades do farmacêutico na Atenção Básica. O farmacêutico pode integrar na sua rotina laboral práticas técnico-gerenciais, voltadas para a logística do medicamento, práticas técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais. Dessa forma, a gestão e organização do tempo passam a ser um grande desafio para o desenvolvimento de um trabalho qualificado e efetivo, necessitando assim de uma agenda de trabalho pactuada com o gestor, que englobe todas essas atividades e um suporte técnico de profissionais da equipe da farmácia para a execução das atividades administrativas.

O impacto positivo da atuação desse profissional nas Unidades de Saúde necessita ser evidenciado para que assim possa conquistar, cada vez mais, um maior espaço e reconhecimento dentro da estrutura da Atenção Básica, a partir de resultados concretos que demonstrem os resultados alcançados com sua atuação voltada para o cuidado e contribuindo para bons resultados na saúde da população.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A formação acadêmica vem a ser outra dificuldade encontrada no processo de incorporação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Os profissionais da área farmacêutica carecem de uma formação clínica e humanística consolidada, apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos na grade curricular dos cursos de farmácia. Ainda assim, o modelo tecnicista compromete uma melhor preparação dessa categoria profissional para atuação na saúde pública. Dessa forma, a incorporação de conteúdos de ensino e o desenvolvimento de habilidades e competências que possibilitem uma melhor formação para atender às necessidades do SUS tornam-se fundamentais^{1,19}. Cabe ao farmacêutico, portanto, recorrer a cursos de formação e incrementar conhecimentos complementares que o condicionem a estar mais preparado e qualificado para atuar na Atenção Básica, afinal esse profissional pode fazer a diferença na vida das pessoas.

Síntese da Aula

A atuação do farmacêutico na Atenção Básica se deve à necessidade de desenvolvimento de habilidades e competências voltadas para práticas clínicas e de cuidado. O desenvolvimento de aptidões políticas e de relacionamento e a superação do olhar tecnicista do farmacêutico ainda tem sido necessária, a partir da sua aproximação com a comunidade, nos serviços públicos de saúde, em meio à reconfiguração do papel social do farmacêutico. Assim, o foco passa a não ser mais o medicamento, mas, sim, o ser humano, através da participação em ações comunitárias e atuações voltadas para hábitos e estilos de vida saudáveis, em que as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, assim como a promoção do uso racional de medicamentos, tornam-se cada vez mais uma pauta importante para a Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica.

A atenção integral no sistema de saúde complexo, assim como o trabalho em equipe com ênfase no SUS, contemplam as necessidades sociais do farmacêutico na sociedade atual. Nessa perspectiva, o Cuidado Farmacêutico surge como um conjunto de ações clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico, em conjunto com a equipe, com foco na prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia e melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade. Esse profissional passa então a incorporar atividades em sua rotina laboral, que são dimensionadas no âmbito clínico-assistencial ou técnico-pedagógico, a partir do desenvolvimento de grupos educativos, visitas domiciliares, consultas compartilhadas e individualizadas, como também a participação em reuniões multiprofissionais, atividades de educação em saúde e comissões de saúde inseridas na avaliação e acompanhamento do cuidado prestado à comunidade.

A integração do Cuidado Farmacêutico com outros serviços, assim como com outras práticas profissionais na mesma Unidade de Saúde, é fundamental para propiciar uma interação efetiva e agregar um cuidado resolutivo, articulado e gerador benéficos para a população. A consolidação efetiva do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica passa a ser vislumbrado, em meio à superação de desafios relacionados principalmente ao entendimento do serviço de farmácia e redefinição do farmacêutico como integrante da rede assistencial bem como através da qualificação das práticas profissionais e compartilhamento dos resultados na vida das pessoas.



Glossário

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

Farmacoterapia: uso de medicamentos como forma de tratamento de doenças que afetam a saúde do indivíduo.

Matriciamento: arranjo organizacional e metodologia para a gestão do trabalho em saúde, que tem o objetivo de ampliar as possibilidades de realização da clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Polifarmácia: uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos, com ou sem prescrição, por um paciente.

Referências

1. Nicoline CB, Vieira RCPA. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. Interface (Botucatu), dez. 2011;15(39):1127-41.
2. Provin MP, Campos AP, Nielson SEO, Amaral R. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. Saúde soc. 2010;19(3):717-24.
3. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev. Bras. Cienc. Farm., mar. 2006;42(1):137-46.
4. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. de. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2008;13(suppl.):611-17.
5. Rozenfeld S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. Ciênc. saúde coletiva. 2008;13(suppl.):561-68.
6. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MA. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública, abr. 2005;21(2):545-53.
7. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva, mar. 2007;12(1):213-20.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 07 maio 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf

9. Santos FTC, Marques LAM. Atribuições clínicas do profissional farmacêutico. In: Santos PCL, organizador. Atenção Farmacêutica: contexto atual, exames laboratoriais e acompanhamento farmacoterapêutico. São Paulo: Atheneu; 2016. 452 p.
10. Correr CJ, Otuki M. Atenção farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: Correr CJ, Otuki M, organizadores. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013. 434 p.
11. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimós F, García-Delgado P, Gastelurrutia AP, Faus MJ, Benrimoj SI. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005;3(2):65-77.
12. Oliveira AB, Oyakawa CN, Miguel MD, Zanin SMW, Montrucchio DP. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2005;41(4):409-13.
13. Roberts AS, Hopp T, Sorensen EW, Benrimoj SI, Chen TF, Herborg H. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organizational theory. Pharmacy world & science. 2003 Oct;25(5):227-34.
14. Segre M; Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública, out. 1997;31(5):538-42.
15. Bergsten-Mendes G. Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico. Ciênc. saúde coletiva, abr. 2008;13(supl.):569-71.
16. Oliveira DR, Varela ND. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. Rev. Bras. Cienc. Farm., dez. 2008;44(4):763-72.
17. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002. 24 p.
18. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2008;44(4):601-12.
19. Possamai FP, Dacorregio MS. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. Trab. educ. saúde, nov. 2007;5(3):473-Y490.
20. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
21. American College of Clinical Pharmacy. The definition of clinical pharmacy. Pharmacotherapy, 2008;28(6):816-17.
22. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-43.
23. Rovers JP, Currie JD. Guia prático da atenção farmacêutica: manual de habilidades clínicas. São Paulo: Pharmabooks; 2010. 303 p.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 7 maio 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
25. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. Pharmaceutical Care Practice: the clinician's guide. 2ed. New York: McGraw-Hill; 2004. 394 p.
26. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. Rev. Saúde Pública. 2016;50(supl. 2):1s-13s.

27. Messerli M, Blozik E, Vriends N; Hersberger KE. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy: a prospective randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*. 2016;16(1):1-16.
28. Sáez-Benito L, Fernandez-Llimos F, Feletto E, Gastelerrutia MA, Martinez-Martinez F, Benrimoj SI. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. *Age Ageing*. 2013;42(4):442-9.
29. Benrimoj C, Feletto E, Gastelerrutia A, Martinez F, Faus M. A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services. *Ars Pharm*. 2010;51:69-87.
30. Correr CJ, Rotta I, Salgado TM, Fernandez-Llimós F. Tipos de serviços farmacêuticos clínicos: o que dizem as revisões sistemáticas? *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2013;2(1):21-34.
31. Kwan JL, LO L, Sampson M, Shojania KG. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158(5Pt2):397-403.
32. Oliveira DR, Brummel AR, Miller DB. Medication Therapy Management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *Journal of Managed Care Pharmacy*, Apr. 2010;16(3):185-95.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 10 maio 2019]. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>.
34. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, fev. 2007;23(2):399-407.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 152 p.
36. Vinholes ER, Alano GM, Galato D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. *Saúde soc.*, jun. 2009;18(2):293-303.
37. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF, 25 set. 2013. Seção 1, p. 186.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.221, de 09 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a recriação do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília/DF, 10 dezembro 2019.
39. Leite SN. Quê “promoção da saúde”? Discutindo propostas para a atuação do farmacêutico na promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, dez. 2007;12(6):1749-Y1750.
40. De Castro CCH, Quevedo MP. O farmacêutico e a promoção da saúde: uma união possível na prática? *Infarma Ciências Farmacêuticas*, 2014;26(3):140-48.
41. Marques LAM, Vale FVVR, Nogueira VAS, Mialhe FL, Silva LC. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. *Physis*, 2011;21(2):663-74.

42. Hartz ZMA, Contrandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, 2004;20(supl. 2):S331-S336.
43. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, fev. 2010;26(2):286-98.
44. Giovanella L, Lobato L, Carvalho AL, Connil EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate*, 2002;26:37-61.
45. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins: dimensions et mise-en-oeuvre. *Ruptures* 2001;8:38-52.
46. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.
47. Lavras CC. Descentralização e estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no SUS. In: Ibañes NE, Seixas P, editores. *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2011.
48. Jorgenson D, Dalton D, Farrell B, Tsuyuki RT, Dolovich L. Guidelines for Pharmacists Integrating into Primary Care Teams. *Canadian Pharmacists Journal – CPJ*, 2013;146(6):342-52.

Material Complementar

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 07 maio 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB)*. 1ª edição revisada – versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [acesso em 11 jun. 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/praticas_farmaceuticas_nasfab.pdf



Autor

Felipe Tadeu Carvalho Santos

Farmacêutico pela Universidade Federal de Alfenas com habilitação em Análises Clínicas (2008). Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (2017). Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Santa Marcelina (2013) e em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (2017). Atualmente, é coordenador da Divisão de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e docente de cursos de pós graduação na área da saúde. Foi Consultor Técnico pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS) no Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS), com atuação no Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica e em Projetos de Cuidado Farmacêutico no SUS. Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva e Farmácia, com ênfase na Gestão de Serviços de Saúde, Políticas Farmacêuticas, Farmácia Clínica e Cuidado Farmacêutico.





Volume 1



Coleção



DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal