

ANNA HELIZA SILVA GIOMO

**CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL: IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO**

Brasília, Brasil

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANNA HELIZA SILVA GIOMO

**CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL: IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. DAYDE LANE MENDONÇA DA SILVA

Brasília, Brasil

2019

ANNA HELIZA SILVA GIOMO

**CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL: IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Aprovado em 15 de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva [Presidente]
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer [Membro Interno]
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Rafael Santos Santana [Membro Externo]
Departamento de Farmácia
Universidade de Brasília

*Dedico este trabalho à minha primeira e mais importante educadora,
Maria Prudência Silva, minha mãe.*

AGRADECIMENTOS

Ao me lembrar do caminho percorrido até aqui, foram aparecendo sentimentos, algumas vezes controversos, cujas palavras que melhor os representam são: felicidade, emoção, aprendizado, cansaço, resiliência, sabedoria. Digamos que não tenha sido fácil nem difícil, e sim desafiador. Desafios esses que se tornaram menos amedrontadores e a trajetória foi mais amigável por causa das pessoas que viveram, mais ou menos intensamente, esse processo comigo. Agradeço aos colegas de mestrado, que compreendem exatamente o que eu sinto agora, em especial, ao Rafael Cardinali, à Zenóbia Alves e à Amanda Motta, pela amizade e pela troca constante de conhecimento e inquietações.

À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, minha casa, por permitir que este trabalho fosse realizado, em especial aos amigos da Diretoria de Assistência Farmacêutica. Aos professores e professoras do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília por abrirem meus horizontes, viabilizarem o aprofundamento sobre o tema saúde e por serem acolhedores de novas ideias.

Aos queridos professores Tiago Reis, Noêmia Tavares e Dayde Mendonça que estiveram comigo, me apoiando na gestão e sempre me incentivando a aventurar-me na pesquisa. Aos queridos Felipe Santos, Leticia Gerlack e professor Rafael Pinheiro, por compartilharem seu tempo e sua sabedoria de forma gratuita, por amor à profissão. Às professoras e professores das diversas instituições que colaboraram imensamente na capacitação dos farmacêuticos, em especial à Eloá Medeiros e Dayde Mendonça. À professora Magda Scherer e aos professores Rafael Pinheiro e Rafael Santana por prontamente aceitarem o convite para compor a banca da minha defesa.

Às minhas amadas amigas da Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que sofreram comigo a execução desse projeto audacioso de início da mudança na Assistência Farmacêutica da SES/DF, em especial àquelas que estiveram presentes desde o início e em todas as fases, Patrícia Queiroz e Tânia Abreu, pela lealdade, respeito e carinho. À Residência Multiprofissional e aos doces e dedicados residentes da FEPECS e da UnB por trazerem energia, novos conhecimentos e maneiras de interagir em equipe e com os usuários, em especial à

Letícia D'Oliveira, por toda sua dedicação no trabalho com os técnicos e auxiliares de Farmácia.

À ETESB que nos acolheu na missão de capacitar os técnicos, nos mostrando as melhores estratégias da educação de adultos, com seus saberes e pré-conceitos. Como aprendemos nessa empreitada! Aos gestores, equipe de saúde e Nasf-AB e aos farmacêuticos da Atenção Primária à Saúde da SES-DF que acreditaram e embarcaram nessa transformação, que está apenas no começo!

À minha amada amiga-irmã, irmã-amiga, alma-gêmea, Emanuelle, meu cunhado Rodrigo, meus encantadores afilhados Gabriel e Júlia, por me incentivarem e cuidarem da minha sanidade mental. Ao meu melhor amigo, meu amor, minha melhor metade, meu marido Fernando, por me compreender e segurar a barra de uma mulher-mãe-gestora-mestranda. Aos meus filhos lindos e amados, Gustavo e Mariana, por serem a luz da minha vida. À minha mamãe, vovó Maria Prudência, por manter minha casa funcionando na minha ausência, por cuidar dos meus filhos melhor do que eu, pela entrega, doação sem medida, por me amar e amar a meus filhos.

E à minha orientadora, conselheira, incentivadora, acolhedora, Dayde, a quem agradeço e agradeço por ser meu guia em todas as etapas desse projeto, por sempre querer o melhor para os usuários, por acreditar no potencial da nossa profissão para alcançar melhores condições de saúde para as pessoas, por nos mostrar que o caminho está em saber se comunicar aliado ao embasamento científico e à interdisciplinaridade, e por ter serenidade em todos os momentos. Muito obrigada!

“A reforma sanitária nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado”

(Sergio Arouca)

“Fica instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros”.

(Emenda Constitucional nº 95/2016)

*“Nas favelas, no Senado
Sujeira pra todo lado
Ninguém respeita a Constituição
Mas todos acreditam no futuro da nação”*

(Renato Russo)

RESUMO

Giomo, Anna Heliza Silva. **Cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde do Distrito Federal: implantação e avaliação.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

A implantação do cuidado farmacêutico reorganiza a Assistência Farmacêutica, traz resolutividade e qualificação para os serviços de saúde, uma vez que a farmácia passa a prestar serviços clínicos somados aos serviços de logística. Neste estudo analisa-se o planejamento, a implantação e o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. Utilizou-se métodos de pesquisa quantitativos e quali-quantitativos, com aplicação de questionários para grupos de participantes compostos por gestores, servidores auxiliares de farmácia, farmacêuticos e demais membros da equipe de saúde. Observou-se que os processos de educação continuada foram importantes ferramentas para apoiar a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos e que a gestão tem papel fundamental para viabilizar a inserção do farmacêutico nas ações de cuidado em conjunto com a equipe multiprofissional. Após a implantação do Cuidado Farmacêutico, de acordo com análise da percepção dos gestores e equipe de saúde, houve melhoria na interação entre farmacêuticos e demais profissionais, cuja média geral das respostas às questões sobre o tema foi de $4,39 \pm 0,57$ (mín-máx= 3-5). Contudo, identificou-se também que a compreensão dos profissionais de saúde sobre a atuação do farmacêutico na clínica ainda requer aperfeiçoamento. Houve também ampliação na realização de serviços clínicos pelos farmacêuticos, sendo que todos os entrevistados informaram realizar ações educativas com a comunidade e participarem de reuniões do Nasf-AB (100%; n=7) e a maioria deles relatou também realizar visitas domiciliares (71%; n=5) e consultas compartilhadas (85%; n=6). Os serviços clínicos mais realizados pelos farmacêuticos foram a dispensação e as atividades de educação em saúde, seguidos pela revisão da farmacoterapia, conciliação medicamentosa e o acompanhamento farmacoterapêutico. O rastreamento em saúde foi a prática clínica farmacêutica com menor ocorrência. A parceria entre o serviço, residência e academia se mostrou ponto chave para a transformação nos cenários em que o novo serviço foi implantado. Iniciativas como as experimentadas pelo Distrito Federal são importantes

para propulsionar a mudança na ênfase dada ao medicamento para o foco nas reais necessidades dos usuários.

Palavras-chave: Cuidados Farmacêuticos; Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Giomo, Anna Heliza Silva. Pharmaceutical care in primary health care in the **Federal District: implementation and evaluation**. Dissertation (Master in Collective Health) - Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasilia, 2019.

The implementation of pharmaceutical care reorganizes the Pharmaceutical Assistance, brings resolution and qualification to the health services, once the pharmacy starts to provide clinical services added to the logistics services. This study aimed to analyze the planning, implementation and development of Pharmaceutical Care in the Primary Health Care of the Federal District, Brazil. Quantitative and qualitative-quantitative research methods were used, with questionnaires applied to groups of participants composed of managers, auxiliary pharmacy servers, pharmacists and other members of the health team. It was observed that the processes of continuing education were important tools to support the implementation of pharmaceutical care and that management has a fundamental role to enable the insertion of the pharmacist in care actions together with the multiprofessional team. After the implementation of Pharmaceutical Care, according to the perception of the managers and health team, there was an improvement in the interaction between pharmacists and other professionals, whose overall mean responses to the questions on the topic were 4.39 ± 0.57 (min-max = 3-5). However, it was also identified that the understanding of health professionals about the pharmacist's performance in the clinic still requires improvement. There was also an increase in the delivery of clinical services by the pharmacists, and all the interviewees reported carrying out educational actions with the community and attending meetings of Nasf-AB (100%; n = 7) and most of them also reported home visits (71 %; n = 5) and shared queries (85%, n = 6). The most clinical services performed by pharmacists were dispensation and health education activities, followed by review of pharmacotherapy, drug reconciliation and pharmacotherapeutic follow-up. Health screening was the lowest clinical practice. The partnership between the service, residence and gym was a key point for the transformation in the scenarios in which the new service was implemented. Initiatives

such as those experimented by the Federal District are important to propel the shift in emphasis on the drug to focus on the real needs of users.

Keywords: Pharmaceutical Care; Pharmaceutical Services; Primary Health Care; Family Health.

LISTA DE TABELAS

Lista de tabelas no Artigo 1

Tabela 1. Agenda de atividades do Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde da SES/DF.....52

Tabela 2. Índice de Aproveitamento das Etapas 2, 4 e 5 Projeto de Implantação dos Serviços Clínicos Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde da SES/DF.....53

Lista de tabelas no Artigo 2

Tabela 1. Perfil dos servidores que participaram do curso de capacitação de auxiliares de farmácia da APS da SES/DF, no período de setembro a outubro de 2017 (n=111).....64

Tabela 2. Avaliação pelos gestores e farmacêuticos da melhoria no serviço após curso de capacitação de auxiliares de farmácia da APS da SES/DF (N =32).....67

Lista de tabelas no Artigo 3

Tabela 1. Perfil dos farmacêuticos que participaram do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF, entrevistados no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019 (n = 7).....83

Tabela 2. Perfil dos gestores das UBS participantes do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF, entrevistados no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019 (n = 8).....83

Tabela 3. Perfil das equipes de saúde das UBS participantes do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF, no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019 (n = 45).....84

Tabela 4. Avaliação pelos farmacêuticos acerca da melhoria na comunicação e interação com a equipe de saúde após a implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF (N=7).....85

Tabela 5. Avaliação pelos gestores acerca da melhoria na comunicação e interação entre o farmacêutico e a equipe de saúde após a implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF (N=8).....85

Tabela 6. Avaliação pelos profissionais de saúde acerca da melhoria na comunicação e interação entre o farmacêutico e a equipe de saúde após a implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF (N=45).....86

Tabela 7. Frequência dos serviços clínicos realizados pelos farmacêuticos após a implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF, informada em entrevista realizada de outubro de 2018 a janeiro de 2019 (N=7).....87

LISTA DE FIGURAS

Lista de figuras no Artigo 1

Figura 1. Etapas de implantação dos Serviços Clínicos Farmacêuticos na APS da SES/DF.....	51
--	----

Lista de figuras no Artigo 2

Figura 1. Frequência de respostas certas em cada tema das avaliações Diagnóstica e Final, realizadas no curso de capacitação de auxiliares de farmácia da APS da SES/DF, no período de setembro a outubro de 2017 (N =111).....	65
--	----

Figura 2. Frequência de respostas em branco em cada tema das avaliações Diagnóstica e Final, realizadas no curso de capacitação de auxiliares de farmácia da APS da SES/DF, no período de setembro a outubro de 2017 (N =111).....	66
---	----

Lista de figuras no Artigo 3

Figura 1. Percentual das ações relacionadas ao cuidado à saúde realizadas pelos farmacêuticos nos últimos 60 dias antecedentes à entrevista realizada em outubro/2018 a janeiro/2019.....	87
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF	Constituição Federal
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Conasp	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DIASF	Diretoria de Assistência Farmacêutica
DF	Distrito Federal
ECOE	Exame Clínico Objetivo Estruturado
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe Saúde da Família
Fepecs	Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GCBAF	Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de trabalho
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Nasf-AB	Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOBs	Normas Operacionais Básicas do SUS
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa das Ações Integradas de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PCNE	Pharmaceutical Care Network Europe
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRF	Problema Relacionado à Farmacoterapia
PRM	Problema Relacionado à Medicamentos
Proadi-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
ProFar	Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
Qualifar-SUS	Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	19
2	INTRODUÇÃO.....	20
3	OBJETIVOS	22
3.1	OBJETIVO GERAL	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
4.1	A EVOLUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	23
4.2	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	26
4.3	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O CUIDADO FARMACÊUTICO.....	29
4.4	SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS.....	32
4.4.1	Rastreamento em saúde	33
4.4.2	Educação em saúde.....	33
4.4.3	Dispensação.....	33
4.4.4	Manejo de problema de saúde autolimitado	34
4.4.5	Monitorização terapêutica de medicamentos	34
4.4.6	Conciliação de medicamentos	35
4.4.7	Revisão da farmacoterapia	35
4.4.8	Gestão da condição de saúde	35
4.4.9	Acompanhamento farmacoterapêutico	36
4.5	MODELOS DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO E PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA (PRF)	37
4.6	IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	38
5	MÉTODOS	42
5.1	DESENHO DO ESTUDO.....	42
5.2	CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	44
5.3	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	45
5.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47

6.1	ARTIGO 1.....	47
6.2	ARTIGO 2.....	57
6.3	ARTIGO 3.....	78
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS APLICADO AO GESTOR DE UNIDADE DE SAÚDE	110
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS APLICADO À EQUIPE DE SAÚDE	111
	APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS APLICADO AOS FARMACÊUTICOS.....	112
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE 1	114
	APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE 2.....	115
	ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP 1	116
	ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP 2.....	119
	ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO	123

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na Dissertação de mestrado sob o título “Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: implantação e avaliação”, a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, em 15 de março de 2019. Ele está organizado em quatro seções:

A inicial, com a introdução e objetivos do estudo, seguido pela fundamentação teórica sobre o tema, que começa com a construção do Sistema Único de Saúde e a sua organização a partir da Atenção Primária à Saúde como ordenadora da Rede de Atenção, então, constitui-se um paralelo com a evolução da Assistência Farmacêutica e tendo como desfecho os desafios para a implantação dos serviços de clínica farmacêutica no SUS.

A seção subsequente traz a metodologia, que aborda o desenho do estudo, o cenário em que a pesquisa ocorreu, os métodos utilizados na coleta e análise de dados, cujos detalhes serão tratados na terceira seção, e os aspectos éticos.

A terceira seção é composta pelos resultados e discussões, que foram expressos no formato de três artigos: (i) o primeiro é um relato de experiência sobre o projeto de implantação dos serviços clínicos farmacêuticos no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, publicado na Revista Comunicação em Ciência da Saúde; (ii) o segundo, submetido à Revista Interface, retrata a elaboração e os resultados de um curso de capacitação ofertado à auxiliares de farmácia, que visou fortalecer a equipe para que o farmacêutico pudesse também dedicar-se ao cuidado aos usuários; (iii) e o último, ainda a ser submetido, descreve o perfil dos farmacêuticos e dos serviços clínicos por eles realizados e busca também analisar, sob a perspectiva dos gestores e equipe de saúde multiprofissional, o desempenho dos farmacêuticos na realização dos serviços clínicos e na interação com as equipes de saúde.

Por fim, a quarta seção engloba as considerações finais, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

2 INTRODUÇÃO

A população brasileira obteve importantes conquistas com a Carta Magna de 88, entre elas: o direito à saúde, garantida para todos e sendo uma obrigação do Estado; e a criação do Sistema Único de Saúde, que integra uma rede regionalizada e hierarquizada, com gestão descentralizada nos diferentes entes federativos, atendimento integral e participação popular (1). A partir desse marco regulatório foram sendo construídas normas e instrumentos para que de fato esse direito fosse percebido pelas pessoas, destacando-se as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, que regulamentam o SUS, seu financiamento e as formas de controle social (2,3).

A Assistência Farmacêutica compõe a integralidade das ações de assistência previstas pela Lei Orgânica da Saúde de 1990 e ao logo das últimas duas décadas avançou em termos de acesso aos medicamentos como também no ponto de vista da promoção do seu uso racional (2). Historicamente, a Assistência Farmacêutica é entendida como uma área de apoio, gestora e provedora do abastecimento de medicamentos para os serviços de saúde (4). Para Mendes (4) a principal razão para a supervalorização da logística farmacêutica é a distorção feita sobre o objeto da assistência farmacêutica, como sendo o medicamento, quando na verdade, sua essência deve ser as ações com ênfase nos usuários do sistema de atenção à saúde.

Essa visão centrada no usuário já vem sendo desenvolvida em outros países desde os anos 60 (5,6), com o objetivo de fortalecer o farmacêutico em suas atividades clínicas, integrado à equipe de saúde (6). No Brasil, a mudança no foco vem ocorrendo mais fortemente nos últimos 5 anos, período em que se destaca importantes movimentos da academia, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Farmácia e ações de Secretarias de Saúde de diversos municípios para retomar esse espaço escanteado, principalmente, devido à industrialização da produção de medicamentos, mas que um dia já fora ocupado pelos farmacêuticos na atenção à saúde das pessoas (7–9).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), ao farmacêutico é permitido atuar em conjunto com a equipe multidisciplinar, nas atividades de prevenção de agravos e de promoção de saúde, seja por meio da inserção nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família ou em ação direta com a equipe saúde da família (10). O olhar do farmacêutico soma-se ao cuidado à saúde, sobretudo, no que tange à farmacoterapia e seu uso racional, com resultados que impactam na qualidade de vida das pessoas, como a

redução de erros de medicação e dos problemas relacionados aos medicamentos, na orientação sobre as formas adequadas de armazenamento e descarte desses insumos (11–13).

Nessa perspectiva, em busca de oferecer no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (DF) uma melhor assistência farmacêutica, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) decidiu por institucionalizar os serviços clínicos farmacêuticos. O trabalho teve início de forma mais consistente em 2015, junto às discussões sobre o uso racional de medicamentos no plano de enfrentamento às bactérias multirresistentes, com a participação da Coordenação de Infectologia, Gerência de Risco, Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF) e equipes multiprofissionais de saúde. Um marco regulatório, produto dessas discussões, foi a publicação da Portaria SES nº 187 de 23 de julho de 2015, que criou o Serviço de Farmácia Clínica nos Núcleos e na Gerência de Farmácia Hospitalar, nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Pronto Atendimento e nos demais serviços de saúde que demandarem a atuação do Farmacêutico Clínico (14).

Ainda em 2015, para colocar em prática o serviço recém-criado nas Unidades Básicas de Saúde, foi constituído grupo de trabalho (GT) coordenado pela Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (GCBAF/DIASF) e responsável por desenhar os fluxos e o modelo de atendimento clínico farmacêutico aos usuários de saúde na APS. O GT avançou, porém, houve a necessidade de buscar apoio institucional do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (MS) – que já tinha experiência em implantar o Cuidado Farmacêutico em Curitiba e outros municípios – e de instituição acadêmica para planejar a implantação e a capacitação dos farmacêuticos e servidores para viabilizar a realização do novo serviço clínico. Assim, em parceria com o MS e Departamento de Farmácia da Universidade de Brasília, a SES-DF lançou, em março de 2017, o projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde.

Diante desse cenário, o presente estudo buscou descrever e analisar o processo de planejamento, implantação e desenvolvimento dos serviços clínicos realizados pelos farmacêuticos no âmbito da Atenção Primária à Saúde do DF, por meio do acompanhamento e a avaliação do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o planejamento, a implantação e o desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de planejamento e implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal;
- Descrever e avaliar o desenvolvimento do curso de capacitação para auxiliares de farmácia nas unidades básicas de saúde do Distrito Federal;
- Caracterizar o perfil dos farmacêuticos e os serviços clínicos farmacêuticos desenvolvidos nas unidades básicas de saúde do estudo; e
- Avaliar, sob a perspectiva dos gestores e profissionais de saúde das UBS do estudo, o desempenho dos farmacêuticos na realização dos serviços clínicos e na interação com as equipes de saúde.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A EVOLUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Um dos maiores patrimônios da sociedade brasileira, alcançado após grande luta social, o Sistema Único e Saúde (SUS), que, em 2018, completou 30 anos, foi responsável pela democratização do acesso à saúde no país. Antes de sua criação pela Carta Magna de 1988, somente recebiam assistência à saúde as pessoas com vínculo laboral, que contribuíam por meio de desconto em seus vencimentos, as demais ficavam a mercê das benevolências das Santas Casas de Misericórdia (15,16).

Na década de 70, professores universitários, cientistas, estudantes, profissionais de saúde e entidades populares, incomodados com o cenário de exclusão que se apresentava no setor saúde, iniciaram o movimento objetivando mudanças no sistema sanitário, visando, sobretudo, a universalidade das ações de saúde. Nesse mesmo período, esses grupos sociais também acirravam luta para romper com o regime político burocrático-autoritário pelo qual o Brasil passava, em busca da democracia e da cidadania. Assim, em resposta ao descontentamento com a Ditadura e no anseio por políticas públicas inclusivas, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, o qual promoveu importantes articulações junto ao Congresso Nacional e que mais tarde viria a subsidiar a nova Constituição Federal, normas e Lei Orgânica da Saúde (16,17).

As ideias que apoiaram a reforma na saúde foram desenvolvidas e trabalhadas para a produção de propostas concretas para mobilizar a transformação no modelo de atenção. Um dos espaços institucionais pioneiros na viabilização da discussão do tema saúde foi o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em julho 1976 e, após, em 1979, foi formada a Associação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que também passou a subsidiar a organização do movimento de reforma sanitária (17). Ambas as instituições seguem atuantes até os dias atuais com importantes contribuições para o fortalecimento do SUS.

Em paralelo, também nos anos 70, a situação da economia do país apresentava graves problemas culminado em desemprego e empregos informais, o que aprofundou a crise e esgotamento no sistema de saúde privatista, financiado com

a tributação incidida sobre os salários dos trabalhadores formais. Tal situação também afetou diretamente a Previdência Social, trazendo insatisfação dos trabalhadores e dos empresários devido à baixa qualidade dos serviços médicos ofertados. Como resposta, o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), que tinha como membros representantes dos médicos, Ministérios, trabalhadores, empresas e prestadores de serviços médicos privados. A principal meta do Conasp era controlar os gastos e reduzir os custos com a assistência médica (17,18).

Para alcançar os objetivos, foi constituído o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que teria como papel articular ações entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, para a prestação de serviços e desenvolver uma gestão tripartite. Assim, começa a ser traçado o caminho para um sistema unificado de saúde como idealizado pelos reformistas, através da junção dos serviços prestados pelo INAMPS e Ministério da Saúde.(17,19)

Contudo, ainda havia grande necessidade de rompimento dos interesses puramente capitalistas e antipopulares, pautados no financiamento pelo INAMPS dos prestadores de serviços médico-assistenciais privados. Desta forma, em busca da ampliação dos sistemas de proteção social e obtenção do Estado de Bem-Estar Social, o processo da Reforma Sanitária conseguiu que o, então, Ministro da Saúde convocasse, em 1986, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (20). Sergio Arouca, um dos mais atuantes líderes do Movimento da Reforma Sanitária, foi quem presidiu a Comissão Organizadora da 8ª CNS, a qual teve como norteadores três temas-eixo: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor (21).

Os debates e propostas da 8ª CNS subsidiaram a formulação dos princípios Constitucionais, os quais reafirmaram que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e integralidade das ações e organizado por um Sistema Único de Saúde, com gestão descentralizada nas três esferas de governo, contemplando a participação da sociedade civil por meio das conferências e dos conselhos de saúde (20). Então, ficou assim, criado, pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS.

Mesmo com a importante conquista, os desafios para a concreta implantação e operacionalização do SUS persistiam e adentravam pelos anos 90. As Normas

Operacionais Básicas do SUS (NOBs), publicadas por meio de Portarias Ministeriais, foram instrumentos para que se atingisse concretude ao novo modelo de sistema de saúde, visto que norteavam e regulavam as ações de descentralização. Elas abordavam, principalmente, aspectos para a definição de responsabilidades de cada gestor federativo e os critérios de repasse de recursos federais para estados e municípios. Além desses pontos, as NOBs publicadas na década de 90 – NOB 91, 92, 93 e 96 – tratavam também sobre a organização do SUS, com ênfase na municipalização (22–24).

Conforme ocorriam os progressos na gestão do SUS, surgia a necessidade de avançar também nas normas e, assim, as NOBs que substituíam as anteriores davam continuidade e aperfeiçoavam os projetos de descentralização e regionalização. Com isso, a esfera estadual assumia a articulação entre seus municípios e a União, mas com a proposta de, progressivamente, desenvolver autonomia nos municípios para a gestão e execução das ações básicas (25). Destaca-se a NOB 96 que redefiniu e ampliou o percentual de repasse de recursos financeiros aos municípios, criando o chamado Piso da Atenção Básica (PAB), com valor per capita para as ações de atenção básica, como também para o financiamento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (26).

Em 2001, é publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) e em 2002, a NOAS-SUS 01/02, ambas com o principal foco a formação de redes integradas de atenção, que era uma das deficiências originadas nas NOBs que, por sua vez, investiam de forma intensa na municipalização (27). Assim, a regionalização passou a ser foco na operacionalização do SUS, levando a edição de novo instrumento pelo MS, O Pacto pela Saúde, publicado por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que visou criar um novo pacto federativo, com três eixos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (28). O Pacto pela Saúde visou substituir a NOAS com proposta de ser o ordenador do processo de gestão do SUS, com métodos mais aprimorados de pactuação nas comissões intergestores, para fortalecer a regionalização e o aperfeiçoamento de redes de atenção à saúde (RAS) e, com isso, atentar também para o problema da fragmentação da atenção (23,27).

Seguindo ainda a evolução normativa, porém, dessa vez, por meio de Decreto assinado pela Presidente da República, o Pacto pela Saúde foi aprimorado com a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº

8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O Decreto superou lacunas existentes na legislação e contribuiu efetivamente para a regulamentação das ações de saúde e consolidação do SUS, reforçando seus princípios constitucionais. O resgate à Constituição se deu com foco nas reais demandas de saúde da população e na necessidade de articular e integrar acesso, ações e serviços de saúde, por meio de planejamento e pactuações tripartite, para definição das regiões de saúde e a conformação das RAS (29,30).

4.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para Mendes (4), atender às necessidades de saúde da população implica profundas alterações no modelo de atenção à saúde, visando adequações às condições agudas e crônicas, como solução para a mudança ocorrida no perfil de saúde do país, que precisa enfrentar ainda as doenças infecciosas, as de causas externas e uma hegemonia das doenças crônicas não transmissíveis. Os modelos que não se baseiam nas RAS são fragmentados, centrados na doença e respondem apenas às demandas espontâneas e à agudização das condições crônicas. Assim, as RAS devem ter como pontos essenciais a prevenção e a promoção de saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde como a porta de entrada aos usuários, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e demandada pela APS e a atenção terciária realizada nos hospitais e atendendo de fato as condições que requerem maior densidade tecnológica e que apresentem potencial de instabilização e de complicações no estado de saúde (31).

Conforme as Diretrizes e estratégias para implementação da RAS, deve ocorrer o fortalecimento da APS para esta ser a coordenadora do cuidado e ordenadora da organização da rede de atenção. Esse fortalecimento perpassa por questões como revisão das formas de repasse e financiamento da APS, baseado na programação das necessidades da população estratificada. Para isso, deve-se monitorar e acompanhar o cumprimento dos atributos da APS, como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; entralidade na família; abordagem familiar e orientação comunitária (31).

Além do Brasil, outros países também utilizaram a APS como estratégia de política pública em saúde, como é o caso da Espanha, Portugal, Reino Unido, Chile e Cuba, sendo que na Europa, desde o século XX, se debate e aplica os preceitos das ações primárias à saúde (18,32–34). Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde, fórum realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), obteve como decisão unânime dos Estados-membros o estabelecimento da meta de elevar os índices de saúde de todos os povos até o ano 2000. Esses novos pensamentos foram formalizados na Conferência Internacional de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde, em 1978, com a proposta “Saúde Para Todos no Ano 2000” e a definição de Atenção Primária de Saúde como sendo:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (35).

Autores afirmam que a APS, além de ser porta de entrada do sistema de saúde, deve ser capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população, cabendo a ela também ser a responsável pelo cuidado aos usuários, famílias e comunidades ao longo do tempo (33,34,36). Assim, mesmo havendo necessidade de os usuários circularem pelos demais pontos de atenção, eles devem sempre ser devolvidos à atenção primária.

Contudo, para que a APS possa ser resolutiva, deve haver investimentos e aperfeiçoamento no modelo de atenção, com oferta de ações e serviços centrados na pessoa e não na doença, de forma humanizada, próximos aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, de modo a favorecer o acesso, vínculo e a continuidade da atenção (34,37). Segundo Vouri (37) e Starfield (34), a conversão da atenção médica primária convencional em atenção primária à saúde mais ampla requer adequações como: prevenção e promoção de saúde ao invés de apenas cura e tratamento, clínicos gerais no lugar de especialistas, equipes multiprofissionais ao contrário de apenas médicos.

Mendes (38) afirma que uma equipe de saúde da família, cuja composição seja apenas pelo médico e enfermeiro, não é capaz de gerar resultados sanitários adequados em relação às condições crônicas, fazendo-se necessária a incorporação de outros profissionais como assistentes sociais, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física e psicólogos, como membros orgânicos e não somente como apoiadores. O autor destaca que essa composição amplia a resolutividade das ações da equipe de saúde – médico e enfermeiro – no manejo, por exemplo, da diabetes em conjunto com nutricionista, dos distúrbios da saúde mental com psicólogo, da adesão aos medicamentos com farmacêutico clínico, dos programas de atividade física com profissionais de educação física.

No Brasil, a consolidação da atenção primária tem ocorrido por meio da implantação e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), que vem sendo priorizada desde a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, com a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e mantida pela atual PNAB, publicada por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (10,39).

A ESF deve atuar, visando a integralidade, formando vínculo com a comunidade, com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de usuários, cerca de 2.000 a 3.500 pessoas, em um território adstrito (10,36). Com o objetivo de expandir a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, em 2008, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como principal papel aumentar a resolubilidade da APS na rede de serviços. Em 2017, alterou-se o nome do NASF para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), visando adequar sua real contribuição de ampliar e não somente apoiar a Saúde da Família (10). Os Nasf-AB são formados por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por categorias diferentes de profissionais da saúde, que atuam de forma integrada para dar suporte clínico e pedagógico às equipes de Saúde da Família (eSF). De acordo com o MS, podem integrar as equipes Nasf-AB as seguintes categorias profissionais: Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Acupunturista, Médico do Trabalho, Médico Veterinário, Nutricionista, Psicólogo, Profissional de arte/educação, Educador Físico,

Sanitarista, Terapeuta Ocupacional e as especialidades médicas Geriatria, Ginecologista/Obstetra, Internista, Homeopata, Pediatra e Psiquiatra (10).

Ressalta-se que as ações do Nasf-AB, em conjunto à eSF, devem ser integradas, com discussão de casos clínicos, possibilitando a construção conjunta de Projeto Terapêutico Singular. As ações de educação e em grupo devem ser priorizadas, como também os atendimentos compartilhados, na própria Unidade de saúde ou em visitas domiciliares, embora possa haver atendimento individual (40). Assim, o Nasf-AB, atuando em conjunto à eSF, foi desenhado para promover, principalmente, a integralidade e resolubilidade na Atenção Primária no SUS.

4.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O CUIDADO FARMACÊUTICO

No contexto da APS, de acordo com a PNAB (10), a Assistência Farmacêutica tem a finalidade de promover o uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, seguindo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e visando a integralidade do cuidado.

A assistência farmacêutica, apesar de estar prevista na Lei orgânica da saúde, somente foi incluída como Política Pública dez anos após a criação do SUS, com a edição da Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (41). A partir daí, foram estabelecidos instrumentos para ampliar o acesso, a disponibilidade e o uso racional dos medicamentos, bem como adotadas medidas para garantir sua qualidade, eficácia e segurança. Nesse último aspecto, um dos pontos de maior impacto foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, responsável pela regulamentação sanitária de medicamentos (42).

Quanto aos aspectos relacionados ao acesso e disponibilidade dos medicamentos, houve importantes avanços como: 1. a adoção de Relação de Medicamentos Essenciais, que norteiam, principalmente, as compras públicas de medicamentos pelas Secretarias Municipais de Saúde; 2. o desenvolvimento científico e tecnológico, com o fortalecimento da Indústria Nacional, que teve como principal propulsor a Lei dos Medicamentos Genéricos, em 1999; 3. a aquisição centralizada dos medicamentos estratégicos, usados no tratamento de doenças e agravos de perfil

endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, como a hanseníase, tuberculose, malária, leishmaniose; 4. o financiamento dos medicamentos do componente especializado, dispensados seguindo os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e por meio das diferentes linhas de cuidado; e 5. o estabelecimento de recursos financeiros tripartite, com repasse fundo a fundo, destinados à Assistência Farmacêutica, visando financiar a aquisição de medicamentos no âmbito local (41,43,44).

Com essas medidas buscou-se garantir o acesso e disponibilidade de medicamentos no SUS, visto que, conforme chancelado pela OMS (45), os medicamentos têm sido considerados insumos essenciais e prioritários para atingir o nível máximo de saúde. No entanto, sua disponibilidade aos usuários por si só não é suficiente para dar conta do controle das doenças. Tratando, então, do terceiro aspecto, é necessário, sobretudo, que os medicamentos sejam disponibilizados de acordo com as necessidades clínicas dos pacientes, na dose adequada para suas características individuais, no momento oportuno, pelo tempo certo e com menor custo para eles e para a comunidade, conforme o conceito da OMS para Uso Racional de Medicamentos (46,47).

Outro marco para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica com qualidade, que cumpra efetivamente seu papel no setor saúde, foi a publicação da Resolução nº 338 do Conselho Nacional de Saúde, em 2004, a qual aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que define a Assistência Farmacêutica como provedora do acesso ao medicamento e também como articuladora do uso racional (48)

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (48).

Tal Resolução foi fruto das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, cujo tema era “Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social”, realizada 2003 (48). Além dos aspectos inerentes ao acesso do medicamento, a Resolução abarca também as ações referentes à **Atenção**

Farmacêutica, transcrevendo o conceito apresentado, em 2002, pela Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, como:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (49)

Desta forma, ambas as Políticas – PNM e PNAF – sustentam o tripé da Assistência Farmacêutica no SUS: acesso, qualidade e uso racional. Ressalta-se, porém, que ainda há um desequilíbrio quanto ao enfoque dado, de maneira geral, nos serviços de Assistência Farmacêutica relacionado ao produto – o medicamento –, quando o mais importante deveriam ser as pessoas, famílias e comunidade (4,45,50). Segundo Marin et al (43), no Brasil, o foco despendido com apenas algumas etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica relacionadas à aquisição, armazenamento e distribuição, afastou o profissional farmacêutico das demais etapas que estão relacionadas ao uso racional e ao cuidado aos usuários.

Entretanto, em muitos países as práticas clínicas farmacêuticas já vêm sendo realizadas desde a década de 60 (5), com o aparecimento das evidências de efeitos adversos relacionados ao uso de medicamentos, o que originou o termo “farmácia clínica” no âmbito hospitalar (45,51). Hepler e Strand, em 1990, foram os pioneiros a utilizar o termo “*Pharmaceutical Care*”, como uma nova filosofia na prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o usuário, com o objetivo de atender às suas necessidades relacionadas aos medicamentos (45,50). Zubioli (52) afirma que *Pharmaceutical Care* em espanhol significa *Atención Farmacêutica* e que traduzido para o português seria “Atenção Farmacêutica”, porém sem o mesmo significado e que, para sanar os problemas semânticos, a Ordem dos Farmacêuticos e a Associação Nacional das Farmácias de Portugal empregaram a terminologia “Cuidado Farmacêutico”.

No Brasil, em 2014, o Ministério da Saúde passou a utilizar o termo “Cuidado Farmacêutico” na publicação da sua série de cadernos sobre o “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica”, como sendo:

a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de

agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (53).

As atribuições clínicas do farmacêutico foram regulamentadas pelo Conselho Federal de Farmácia, em 2013, com a publicação da Resolução CFF nº 585, a qual amplia o cuidado centrado no paciente como uma relação humanizada, considerando e respeitando as crenças, expectativas, experiências, atitudes e preocupações dos usuários e seus cuidadores, acerca das suas condições de saúde e do uso de medicamentos, em que farmacêutico e usuário compartilham as decisões e a responsabilidade pelos resultados em saúde a serem atingidos (54).

4.4 SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS

A industrialização da produção de medicamentos e os investimentos crescentes em inovação e tecnologia, por um lado trouxeram avanços como o desenvolvimento de medicamentos mais eficazes e seguros e a colaboração com o aumento da expectativa de vida das pessoas que convivem com as doenças crônicas (55). Porém, por outro lado, estimularam o consumo de medicamentos e a polifarmácia, termo utilizado quando há uso de pelo menos cinco medicamentos por uma pessoa, comum em pacientes idosos (38,55). O uso aumentado de medicamentos nesse grupo demográfico decorre da frequente polimorbidade, que tem como consequência, maior surgimento de efeitos adversos, de interações e erros de medicação (55).

Neste contexto, os serviços clínicos farmacêuticos surgem como parte do processo de cuidado à saúde que visa, entre outras ações, o acompanhamento farmacoterapêutico, a farmacovigilância e o apoio à automedicação responsável (45). Tais serviços podem ser realizados em atividades em grupo de educação e promoção da saúde, ou no atendimento especial direto ao usuário, considerando suas necessidades e características individuais (45,53).

Os serviços clínicos farmacêuticos abrangem um conjunto de ações a serem realizadas pelos profissionais farmacêuticos, individualmente ou em conjunto com a equipe de saúde, as quais foram elencadas por diferentes autores, que em grande

maioria convergem nas principais classificações (6,9,45,51,53). Aqui será adotada a compilação realizada pelo Conselho Federal de Farmácia, em 2016, na publicação do livro “*Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*”, quais sejam: rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, dispensação, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico (9).

4.4.1 Rastreamento em saúde

Tem o objetivo de identificar indivíduos com doenças que ainda não foram diagnosticadas. O rastreamento em saúde pode ser feito por diferentes profissionais, com a finalidade de indicar medidas preventivas ou encaminhar os casos suspeitos a outro profissional ou serviço de saúde para descartar ou confirmar a suspeita diagnóstica. Alguns testes são utilizados durante a provisão deste serviço, como por exemplo: verificação da pressão arterial; medidas da glicemia, do colesterol e dos triglicerídeos capilares; análises antropométricas, além da aplicação de instrumentos de entrevista validados (Escore de risco de diabetes tipo 2, Miniexame do estado mental, Escore para triagem de depressão) (9).

4.4.2 Educação em saúde

Tem como objetivo propiciar autonomia para os pacientes e o comprometimento deles, de seus cuidadores, dos profissionais e gestores com a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, bem como promover ações de mobilização da comunidade com o compromisso pela cidadania e melhoria da qualidade de vida. Compreende diferentes estratégias educativas, integrando os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os mecanismos de prevenção de doenças, problemas de saúde e seus tratamentos (9).

4.4.3 Dispensação

É um ato privativo do farmacêutico, que tem por finalidade propiciar o acesso ao medicamento e o uso adequado, por meio de orientação. Ela requer que o farmacêutico tenha capacidade de avaliar a prescrição, fazendo correlação dos

medicamentos com as condições de saúde e com as características individuais do usuário e de informar sobre as reações adversas, benefícios e sobre os cuidados de conservação e descarte dos medicamentos (9).

4.4.4 Manejo de problema de saúde autolimitado

O problema de saúde autolimitado ou transtorno menor, trata-se de uma enfermidade aguda, de baixa gravidade, de breve período de latência, que desencadeia uma reação orgânica, que tende a evoluir sem danos para o paciente, e que pode ser tratada de forma eficaz e segura com medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica que não carecem de prescrição médica (9). A Anvisa regulamenta os medicamentos como isentos de prescrição, que devem se enquadrar em critérios como: baixo potencial de causar dano à saúde, em caso de “doenças não graves e com evolução inexistente ou muito lenta, sendo que os sinais e sintomas devem ser facilmente detectáveis pelo paciente, seu cuidador ou pelo farmacêutico, sem necessidade de monitoramento laboratorial ou consulta com o prescritor”; de uso por curto período de tempo; com baixo potencial de risco ao paciente e que não apresente potencial dependência (56). Podem ser medicamentos industrializados e preparações magistrais, plantas medicinais, drogas vegetais e medidas não farmacológicas. Esse serviço também auxilia na redução da sobrecarga dos sistemas de saúde, no que se refere a condições clínicas que não exigem atendimento médico. Ressalta-se que, quando necessário, o farmacêutico deve encaminhar o usuário a outro profissional ou serviço de saúde.

4.4.5 Monitorização terapêutica de medicamentos

É a mensuração e a interpretação dos níveis séricos de fármacos, com o objetivo de determinar as doses individualizadas necessárias para a obtenção de concentrações plasmáticas efetivas e seguras para cada indivíduo. É aplicada para fármacos com janela terapêutica estreita, medicamentos com variabilidade farmacocinética ou cujas concentrações alvo são difíceis de monitorizar ou que são conhecidos como causadores de determinadas reações adversas (9).

4.4.6 Conciliação de medicamentos

Tem como objetivo prevenir erros de medicação resultantes de discrepâncias da prescrição, como duplicidades ou omissões de medicamentos, principalmente, quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, dessa forma evitando danos desnecessários. Nesse serviço o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores. A lista deve conter informações sobre a farmacoterapia, como nome do(s) fármaco(s), concentração, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento (9).

4.4.7 Revisão da farmacoterapia

Nesse serviço o farmacêutico analisa de forma estruturada e crítica os medicamentos em uso pelo paciente, com a finalidade de resolver problemas relacionados à farmacoterapia, podendo ser: reações adversas, baixa adesão, erros de dosagem e/ou de doses, interações de medicamentos, necessidade de acompanhamento ou de terapia adicional, alto custo do tratamento. O objetivo é melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos (9). De acordo com Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE), a revisão da farmacoterapia é uma avaliação dos medicamentos de um determinado paciente com objetivo de otimizar o uso deles e melhorar os resultados em saúde, o que implica detectar e resolver problemas relacionados à farmacoterapia e, para tanto, realizar intervenções (57).

4.4.8 Gestão da condição de saúde

Também chamado de gestão da doença, é um serviço focado em uma determinada doença ou condição de saúde, como diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia, asma brônquica, insuficiência cardíaca, uso de anticoagulantes orais. Neste serviço, o farmacêutico trabalha em conjunto com outros profissionais da saúde na gestão do cuidado ao paciente para alcançar objetivos terapêuticos específicos, sendo desejável que haja linhas-guia e protocolos clínicos, para que o farmacêutico tenha autonomia para ajustar, modificar ou suspender a farmacoterapia (9). De acordo com o descrito por Mendes (38), esse serviço pode prevenir o surgimento de problemas potenciais; evitar os casos de urgência por agudização da condição

crônica; diminuir hospitalizações; monitorar as intervenções médicas e reduzir eventos adversos.

4.4.9 Acompanhamento farmacoterapêutico

Também conhecido como seguimento farmacoterapêutico ou gestão da terapêutica, é um serviço em que o farmacêutico realiza mais de uma consulta com o usuário ao longo do processo de cuidado, visando a atenção continuada, baseada em um plano terapêutico com metas estabelecidas até a obtenção dos resultados pactuados com o usuário (51). O principal destaque em relação aos demais serviços é a continuidade do cuidado promovido em múltiplos encontros com o usuário, em que se pode realizar também a educação em saúde, rastreamento em saúde, conciliação de medicamentos e revisão da farmacoterapia (9).

Os serviços clínicos farmacêuticos podem ser realizados em atendimentos individualizado ou compartilhado com outros membros da equipe de saúde (eSF ou Nasf-AB), em espaços da comunidade, em domicílio ou na própria Unidade de Saúde. No atendimento clínico farmacêutico individualizado são recomendadas quatro etapas: acolhimento e coleta de dados dos pacientes; avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; elaboração e pactuação de um plano de cuidado com o paciente; e o seguimento do usuário para acompanhamento das metas terapêuticas, quando necessário (6).

No que tange às ações da Atenção Primária à Saúde, as visitas domiciliares são importantes instrumentos, pois permitem, além do fortalecimento do vínculo, que os profissionais identifiquem os fatores de risco, o ambiente em que vivem e o contexto familiar e socioeconômico (58). No cuidado farmacêutico, além dos ganhos apontados, as visitas domiciliares também propiciam um melhor conhecimento sobre os hábitos do usuário, as condições em que são guardados os medicamentos, identificar o uso de plantas medicinais e confirmar suspeitas de não adesão à farmacoterapia (59).

4.5 MODELOS DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO E PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA (PRF)

Existem uma diversidade de modelos para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico, como o método “Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano” (SOAP), Pharmacists Work-up of Drug Therapy (PWDT), Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM), o Método Espanhol Dáder e o Modelo Americano de Minnesota (47,50). Os dois últimos métodos são os mais utilizados e apresentam diferenças que, segundo Pereira (50), a principal delas está na classificação dos problemas relacionados à farmacoterapia relativos à adesão aos medicamentos, pois no Método Dáder a não adesão é uma causa dos PRF, enquanto no modelo de Minnesota a não adesão por si só já é PRF.

Pelo Terceiro Consenso de Granada, Problema Relacionado a Medicamento é um problema de saúde ligado à farmacoterapia e que interfere ou pode interferir nos resultados de saúde esperado no paciente (60). No método Dáder existem seis PRM, distribuídos em três categorias: indicação (1. o paciente não usa os medicamentos que necessita ou 2. o paciente usa medicamentos que não necessita); efetividade (3. o paciente usa medicamento prescrito de forma errada ou 4. a dose está inferior ou o tratamento ocorre por tempo insuficiente) e segurança (5. idiosincrasia ou 6. o paciente apresenta uma reação adversa) (50).

Já o modelo de Minnesota usa o termo Problemas Farmacoterapêuticos, definindo-o como “qualquer evento indesejável que o paciente apresente, que envolva ou suspeita-se que envolva a farmacoterapia e que interfere de maneira real ou potencial na evolução desejada do paciente” (50,61). Para o modelo de Minnesota, os problemas farmacoterapêuticos são sete e são distribuídos em quatro categorias: necessidade (1. necessita de tratamento farmacológico adicional ou 2. tratamento farmacológico desnecessário); efetividade (3. medicamento inadequado ou 4. dose do medicamento inferior à necessitada); segurança (5. dose do medicamento superior à necessitada ou 6. Reação Adversa aos Medicamentos) e adesão (7. aderência inapropriada ao tratamento farmacológico) (50).

Neste trabalho será utilizado o termo Problema Relacionado à Farmacoterapia (PRF) como sinônimo de Problema Relacionado à Medicamento (PRM), por ser mais adequado para o Português do Brasil e também adotado por outros autores (61–63).

Na implantação do acompanhamento farmacoterapêutico, o farmacêutico deve identificar e optar pelo método a ser utilizado, pois a definição e classificação dos PRF

são importantes para a elaboração de estratégias para a resolução dos problemas na obtenção dos melhores resultados terapêuticos para cada paciente (61).

O Acompanhamento Farmacoterapêutico segue as fases: oferta do serviço; entrevista farmacêutica (primeira entrevista); fase de estudo (pesquisa na literatura sobre os problemas de saúde, os medicamentos indicados e em uso); fase de avaliação; fase de intervenção (plano de ação); após, segue-se com as entrevistas sucessivas e novas intervenções, quando for o caso, ressaltando-se que em todas as etapas devem ocorrer o registro das intervenções (64).

4.6 IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os desafios atuais a serem enfrentados no setor saúde, como o envelhecimento da população, aumento das doenças crônicas, a oferta de novas tecnologias e o subfinanciamento, gerou uma necessidade de reorientação também da Assistência Farmacêutica (4,45).

No Brasil, a medicalização, a industrialização, com o pensamento hegemonicamente capitalista, e o consumo exacerbado de medicamentos, levaram as farmácias a perderem seu status de estabelecimento de saúde e a se tornarem estabelecimentos puramente comerciais, no setor privado, e fornecedores de medicamentos, no setor público. Tal cenário distanciou o farmacêutico de sua atividade primária, o cuidado à saúde das pessoas (50).

O resgate legal do papel das farmácias como estabelecimento de saúde, ocorreu com mobilização intensa da academia e entidades representativas da profissão farmacêutica para viabilizar a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas (65). A norma classifica as farmácias como:

uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos (66).

Com essa medida, criou-se prerrogativa legal para que os serviços clínicos possam ser realizados pelo farmacêutico nos ambientes das farmácias.

Contudo, ainda persistem os desafios para que se possa efetivamente implantar os serviços clínicos nas unidades de saúde, públicas ou privadas, os quais perpassam por questões de infraestrutura, recursos humanos e formação profissional (41). Quanto a infraestrutura e pessoal, algumas estratégias foram desenvolvidas como o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), coordenado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, cujo eixo estrutura visa contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, como área física, equipamentos, mobiliários e os recursos humanos (67).

Outro fator que também contribui para o afastamento do farmacêutico das ações de cuidado na Atenção Primária à Saúde é a alta demanda dos serviços administrativos e logísticos de baixa complexidade, como contagem de estoque; pedidos e baixa de estoque em sistema informatizado; fornecimento de medicamentos para usuários frequentes e com as condições de saúde compensadas; abastecimento das salas de medicação, vacina, curativos. Tais atividades demandam tempo e poderiam ser realizadas por profissionais auxiliares de farmácia, de nível médio, treinados e sob a supervisão e gestão do farmacêutico (68–70).

Em alguns países, desde a década de 70, há regulamentação para os técnicos em farmácia, como nos Estados Unidos, que definem esses profissionais como aqueles que atuam somente em atividades que não exijam o julgamento do farmacêutico (68,69). No Brasil, não há normas em âmbito nacional que regulamentem a profissão de técnicos ou auxiliares de farmácia. Porém, há um movimento coordenado pelo Conselho Federal de Farmácia para que seja criado e regularizado o registro de técnicos de farmácia para atuarem sob a supervisão do farmacêutico (44).

Outro importante gargalo para a atuação dos farmacêuticos diretamente nas ações de cuidado, é o fato de os profissionais que hoje atuam no SUS serem egressos de uma formação tradicional, que não preparou os alunos para serem trabalhadores de um sistema universal, que vise a integralidade das ações, com foco no usuário, família e comunidade (50). Uma das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos é o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos na Assistência Farmacêutica, tendo como uma das prioridades o acesso do profissional a conhecimentos, treinamentos e educação continuada relacionados ao gerenciamento de sistemas de saúde e de informação, manejo dos produtos, guias

terapêuticos padronizados, farmacovigilância, farmacologia e terapêutica aplicada e outros aspectos envolvidos no uso racional de medicamentos (71).

Uma revisão realizada em 2007 identificou que a formação clínica do profissional farmacêutico é decisiva para a implantação e implementação das práticas de cuidado farmacêutico, sendo, portanto, necessárias adequações curriculares que incluam treinamento clínico, em fisiopatologia, medicamentos e terapêutica, com aprendizagem baseada em soluções de problemas, que desenvolvam habilidades de comunicação com a equipe de saúde e, principalmente, com o usuário (50). Dez anos depois, o Ministério da Educação publicou a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, por meio da Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017, a qual inovou acrescentando como parte das competências a serem desenvolvidas as atividades clínicas como a avaliação e o manejo da farmacoterapia baseados no raciocínio clínico, considerando necessidade, prescrição, efetividade, segurança, comodidade, acesso, adesão e custo (72). Ela trouxe também um olhar mais social e de necessidade de interação com a equipe e com o usuário.

Entretanto, a mudança mais profunda, possivelmente, ocorrerá quando as primeiras turmas de egressos provenientes da nova formação forem atuar nas unidades de saúde. Enquanto isso, algumas iniciativas de educação continuada estão sendo realizadas como as promovidas por instituições como: Ministério da Saúde, com o apoio à capacitação para a implantação do Cuidado Farmacêutico em municípios; Conselho Federal de Farmácia, no Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde (ProFar), lançado em 2016 e que publica frequentemente guias sobre a temática clínica; Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), que lançou recentemente a capacitação em Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e o Ministério da Saúde; e os projetos e ações de diversas Secretarias Municipais de Saúde para a implantação de serviços clínicos nas unidades de saúde (9,44,53).

Como experiências exitosas de implantação dos serviços clínicos farmacêuticos no Brasil pode-se destacar o projeto piloto do Ministério da Saúde realizado em Curitiba/PR, no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014, que visou desenvolver um modelo para a implantação do cuidado farmacêutico na atenção primária (73), o qual foi depois expandido para outros municípios brasileiros.

Além desses projetos acompanhados pelo MS, Secretarias de Saúde também tem desenvolvido ações para a ressignificação dos serviços farmacêuticos, como o projeto realizado em 2016 em uma região do Município de São Paulo, cujo estudo que o avaliou apontou que quanto maior o número de atendimentos farmacêuticos realizados, maiores são as frequências de resolução dos problemas relacionados à farmacoterapia e o índice de controle das condições crônicas de saúde (59).

Tanto o projeto de Curitiba quanto o de São Paulo foram inspiração para o movimento de mudança iniciado na Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, cenário em que foi realizada a presente pesquisa.

5 MÉTODOS

Esta pesquisa é objeto do trabalho desenvolvido para obtenção de título de mestrado profissional e este, por sua vez, tem como essência o ensino para a aplicação prática e formação de profissionais (74). Durante o período do estudo e do curso, a autora esteve como gestora da Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e como coordenadora da implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde do DF. Desta forma, foi possível usar estratégias para observar, analisar e transformar o ambiente institucional (74,75).

Em que pese o projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico ter sido planejado nos anos de 2015 e 2016, momento anterior ao início da pesquisa, esta agregou metodologia e caráter científico ao longo do processo da gestão e de implantação propriamente dito. Além disso, ao final do projeto, com a presente pesquisa pode-se avaliar a sua efetividade e se de fato houve mudança no serviço.

Destaca-se também que em duas das três fases do estudo, as quais serão descritas a seguir, foram realizadas intervenções por meio da capacitação dos profissionais, com o apoio de instituição acadêmica, colaborando com a educação permanente dos trabalhadores da saúde. E nas três fases houve a participação ativa da residência multiprofissional, pois além de compartilharem conhecimento nas aulas, os residentes atuaram também como tutores, sendo peças-chave para a mudança nos processos de trabalho dos farmacêuticos e auxiliares de farmácia.

Com isso, observa-se que o presente estudo envolveu os elementos da integração ensino-serviço, com um trabalho coletivo e integrado com os estudantes, professores e trabalhadores das equipes de saúde, bem como gestores (76). Assim, a pesquisa ganhou um caráter utilitário e a pesquisadora foi um agente facilitador e propulsor.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Ressalta-se que, ao longo do processo de implantação dos serviços clínicos farmacêuticos, evidenciou-se a necessidade de também capacitar os servidores auxiliares para que, além de melhorar os serviços prestados nas farmácias, o

farmacêutico pudesse delegar alguns serviços técnico-administrativos, permitindo-lhe mais tempo para se dedicar às atividades de cuidado à saúde.

Por isso, a presente pesquisa foi realizada em três fases, a primeira com objetivo de descrever o processo de implantação dos serviços de Cuidado Farmacêutico, a segunda para descrever e avaliar o curso de capacitação dos técnicos e auxiliares de farmácia e a terceira para avaliar o serviço implantado que fora descrito na primeira fase.

Para a **fase 1** utilizou-se a modalidade de relato de experiência para descrever a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, ocorrida no período de janeiro a dezembro de 2017 e que contemplou 6 etapas: 1. Seleção das UBS e farmacêuticos; 2. Capacitação dos Farmacêuticos; 3. Pactuação com os Gestores regionais e locais; 4. Implantação do serviço, 5. Monitoramento e avaliação dos resultados e 6. Multiplicação para demais UBS.

Na **fase 2**, foi utilizada abordagem quali-quantitativa, para o estudo do tipo experimental, prospectivo e descritivo, realizado no SUS/DF, no período de agosto a outubro de 2017. Foram incluídos no estudo servidores da Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF), entre eles gestores, farmacêuticos, auxiliares e técnicos de farmácia atuantes nas unidades básicas de saúde. Esta fase da pesquisa foi realizada em quatro etapas: 1. planejamento e desenvolvimento do curso; 2. avaliação do desempenho antes e depois dos servidores capacitados; 3. avaliação do curso pelos participantes; e 4. análise da percepção dos gestores e farmacêuticos quanto à mudança de atitude dos servidores capacitados na melhoria dos serviços ofertados. Na etapa de planejamento e desenvolvimento do curso, foram descritos os parceiros do projeto, a metodologia educacional utilizada e os módulos abordados nas aulas: I. Humanização, II. Política de Atenção Primária à Saúde, III. Noções básicas sobre medicamentos, IV. Normatização, V. Redes de Assistência Farmacêutica e Cuidado Farmacêutico, VI. Logística e VII. Seminários e Debates. Na avaliação do desempenho antes e depois dos servidores capacitados, foi utilizado um questionário de avaliação, aplicado em dois momentos distintos: *baseline* (antes do curso, Avaliação Diagnóstica) e *endpoint* (após o curso, Avaliação Final). Na avaliação do curso pelos participantes do curso, foi aplicado um formulário para medir a satisfação quanto ao local dos encontros e tutores. Já na avaliação da percepção do farmacêutico e gestor quanto à performance do servidor após a capacitação, foi aplicado um questionário abordando os quesitos: Comunicação com a equipe da

farmácia, Comunicação com os usuários, Humanização, Noções básicas sobre medicamentos, Normatização e Encaminhamento à equipe de saúde e cuidado farmacêutico. Nessa quarta etapa, foi também realizada análise de discurso, na qual foram analisadas as respostas dos servidores, farmacêuticos e gestores sobre a opinião acerca da capacitação. As variáveis coletadas nos questionários dos servidores capacitados foram: idade, sexo, escolaridade, estado civil, cargo efetivo na SES/DF e se a UBS contava ou não com farmacêutico; qualidade dos instrutores e do local do curso. Já no questionário do farmacêutico e gestor as variáveis de interesse foram relativas às mudanças no comportamento dos servidores (habilidade de comunicação, acolhimento ao usuário, grau de conhecimento sobre medicamentos, rotinas e normas).

Por fim, para a **fase 3**, usou-se delineamento transversal, observacional, descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa, coleta de dados de outubro de 2018 a janeiro de 2019 e participação de gestores, farmacêuticos e profissionais das equipes de saúde das UBS participantes do projeto do Cuidado Farmacêutico da SES/DF. Foram considerados como membro da equipe os profissionais de todas as categorias que compõe a equipe de saúde da família (eSF) e os integrantes do Nasf-AB. Nesta fase, foram aplicados questionários para os servidores das UBS, cujos modelos constam dos apêndices: modelo 1 - aplicado ao gestor (**Apêndice A**); modelo 2 - aplicado aos membros da equipe de saúde (**Apêndice B**) e o modelo 3 - aplicado aos farmacêuticos (**Apêndice C**). As variáveis coletadas nos questionários desta última fase foram: idade, sexo, escolaridade, categoria profissional na SES/DF, interação e comunicação entre o farmacêutico e a equipe de saúde; ações de cuidado à saúde; tipos de serviços clínicos farmacêuticos realizados; e tempo dedicado às atividades clínicas.

O detalhamento metodológico de cada fase aqui apresentada consta dos artigos exibidos no item 6 Resultados e Discussão.

5.2 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O Distrito Federal está localizado no planalto central brasileiro, possui 5.779,99 km², apresenta população de 2.570.160 habitantes, de acordo com o último censo em 2010 e estimada para 2018 de 2.974.703 pessoas. A taxa de escolarização em 2010 foi de 97,5 para pessoas de 6 a 14 ano, o que o colocou na posição 2.904

de 5.570 cidades do Brasil. Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública receberam nota média de 5,6 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4. As metas projetadas haviam sido de 5,8 e 4,5, respectivamente (77,78). A renda per capita em 2016 foi de R\$ 79.099,77, o que colocou o DF na posição 86º comparado aos 5.570 municípios brasileiros. Na área da saúde, o DF apresentou em 2017 taxa de mortalidade infantil de 11,44 para 1.000 nascidos vivos, a meta estimada pela SES/DF para o período era de 10,90 (77,79).

A rede SUS/DF é composta por sete regiões de saúde (Central, Centro-sul, Leste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul), que possuem juntas 266 unidades próprias, destas destaca-se as 174 Unidades Básicas, 17 Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, 6 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 13 Hospitais, com 851 leitos hospitalares. A força de trabalho conta com 32.050 servidores efetivos, segundo dados de 2017. No exercício desse mesmo ano, foi autorizada para a Saúde a dotação orçamentária de R\$ 4.352.761.403,19 (quatro bilhões e trezentos e cinquenta e dois milhões e setecentos e sessenta e um mil e quatrocentos e três reais e dezenove centavos), valor muito aquém dos R\$ 9.567.739.164,00 (nove bilhões e quinhentos e sessenta e sete milhões e setecentos e trinta e nove mil e cento e sessenta e quatro reais) que foram estimados para o período. Do valor dotado, foram investidos, em 2017, R\$ 320.136.007,00 (trezentos e vinte milhões cento e trinta e seis mil e sete reais) para aquisição de medicamentos (79).

As fases 1 e 3 da pesquisa tiveram como cenário as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que foram selecionadas pela SES/DF como unidades piloto para a implantação do cuidado farmacêutico, as quais estão localizadas nas seguintes regiões de saúde do Distrito Federal: Sudoeste (6 UBS); Oeste (2 UBS); Sul (1 UBS); Centro-sul (2 UBS); e Norte (1 UBS). Na fase 2, os participantes eram provenientes de 63 UBS distribuídas nas sete regiões de saúde.

5.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta e análise dos dados estão detalhados nos artigos apresentados no item 6, Resultados e Discussão, que, de acordo com suas características, foram sistematizados em tabela do programa *Excel*® e/ou analisados pelo programa de estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). A descrição das variáveis

categóricas foi apresentada por meio do cálculo das frequências absolutas (N) e relativas (%); as variáveis contínuas foram reportadas por estatística de posição e dispersão (médias, desvios-padrão, valores mínimo e máximos).

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

As investigações realizadas neste trabalho cumpriram as recomendações éticas da Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa realizada com os auxiliares e técnicos de farmácia foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES-DF), sob número de parecer 2.269.973 e CAAE 73306717.9.0000.5553 (**Anexo A**) e o estudo realizado para analisar a implantação do Cuidado Farmacêutico foi aprovado pelo mesmo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de parecer 2.707.260 e CAAE 89666918.8.0000.5553 (**Anexo B**). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Apêndice D e E**).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão dos achados da presente pesquisa foram apresentados na forma dos três artigos a seguir.

6.1 ARTIGO 1

Publicado na Revista Comunicação em Ciências da Saúde. Agosto/2018. v. 29. Suplemento 1. p 45-50, acessível em:
<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/202>

Implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Anna Heliza Silva Giomo¹, Patrícia de Castro Mendonça Queiroz¹, Tânia Regina Araújo de Abreu¹, Dayane Leite Serpa², Marcus Tulio Batista Silva², Dayde Lane Mendonça da Silva³, Anderson Freire Nobre Junior⁴, Marília Gabriela Godinho⁴

¹Diretoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, Brasil.

²Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva/Saúde da Família e Comunidade da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/FEPECS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, Brasil.

³Departamento de Farmácia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

⁴Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

RESUMO

Introdução: a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos visa qualificar a assistência à saúde da população do DF e está em consonância com as Portarias 77 e 78 de 2017, que estabelecem e regulamentam a Política de Atenção Primária à Saúde do DF.

Objetivo: descrever a experiência de implantar os serviços clínicos farmacêuticos no âmbito da Atenção Primária à Saúde do DF.

Métodos: o trabalho é descritivo com modalidade de relato de experiência de implantação dos serviços clínicos farmacêuticos, a qual foi organizado em 6 etapas: 1. Seleção das UBS e farmacêuticos; 2. Capacitação dos Farmacêuticos; 3.

Pactuação com os Gestores regionais e locais; 4. Implantação do serviço, 5. Monitoramento e avaliação dos resultados e 6. Multiplicação para demais UBS.

Resultados: capacitação de 100% dos profissionais; publicação da Nota Técnica nº 2/2017, criada e elaborada em conjunto com os gestores das regiões de saúde, que estabelece os instrumentos para organização do Cuidado Farmacêutico nas Unidades Básicas de Saúde da SES/DF; e serviço clínico executado em 100% das UBS selecionadas.

Conclusão: a implantação do cuidado farmacêutico reorganiza a Assistência Farmacêutica, traz resolutividade e qualificação para os serviços de saúde, uma vez que a farmácia passa a prestar serviços clínicos somados aos serviços de logística.

Palavras-chave: 1. Assistência Farmacêutica, 2. Atenção à Saúde 3. Saúde Pública

Introdução

A Saúde Pública no Distrito Federal passou por recente e importante transformação na forma de organização e oferta de serviços na Atenção Primária à Saúde. A publicação das Portarias nº 77 e 78 de fevereiro do 2017, inaugura a nova Política de Atenção Primária à Saúde (APS) no Distrito Federal, fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF) ^{1,2}.

De maneira convergente a essas transformações na APS, vem ocorrendo rearranjos importantes no sistema de Assistência Farmacêutica, em busca de maior resolutividade nas ações de saúde. Reconhecida como apenas um sistema de apoio, de gestão e provimento de abastecimento de medicamentos para os serviços de saúde, a Assistência Farmacêutica requer reorganização para atender às reais demandas de saúde da população³. Desde a década de 60, porém, se discute, em outros países e mais recentemente no Brasil, estratégias e ações para restabelecer a farmácia como um local de saúde que oferece cuidado aos usuários^{4,5}. Com isso, o farmacêutico nas suas atividades clínicas passa a integrar a equipe de saúde, interagindo com os outros membros e tendo como foco o usuário, a família e a coletividade ⁶.

Neste contexto, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) decidiu por institucionalizar os serviços farmacêuticos clínicos. O trabalho iniciou-se de forma mais consistente em 2015, junto às discussões sobre o uso racional de medicamentos no plano de enfrentamento às bactérias multirresistentes, com a

participação da Coordenação de Infectologia, Gerência de Risco, Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF) e equipes multiprofissionais de saúde. Um dos frutos dessas discussões foi a publicação da Portaria SES nº 187 de 23 de julho de 2015, que criou o Serviço de Farmácia Clínica, nos Núcleos e na Gerência de Farmácia Hospitalar, nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Pronto Atendimento e nos demais serviços de saúde que demandarem da atuação do Farmacêutico Clínico⁷.

Em janeiro de 2016, com a reestruturação do organograma da SES/DF, pelo Decreto nº 37.057, foram criados os Núcleos de Farmácia Clínica em todos os hospitais da rede⁸. Já na Atenção Primária à Saúde (APS), no final de 2015, foi constituído grupo de trabalho, coordenado pela Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (GCBAF/DIASF), para desenhar fluxos e propor modelo de atendimento clínico farmacêutico aos usuários de saúde.

Em face ao exposto, objetivo desse trabalho é relatar a experiência de implantar os serviços clínicos farmacêuticos, também chamado de Cuidado Farmacêutico, no âmbito da Atenção Primária à Saúde do DF.

Metodologia

Trata-se de um trabalho descritivo na modalidade de relato de experiência sobre a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal, distribuídos em 5 regiões de saúde: Sudoeste (UBS 11 Vicente Pires, UBS 4 Recanto das Emas, UBS 2 Samambaia, UBS 1, 4 e 5 Taguatinga); Oeste (UBS 8 Ceilândia e UBS 2 Brazlândia); Sul (UBS 1 Santa Maria); Centro-sul (UBS 2 Guará e UBS 1 Candangolândia); e Norte (UBS 1 Planaltina).

O projeto de implantação do Cuidado farmacêutico na APS do Distrito Federal, foi construído pela SES/DF com o apoio do Ministério da Saúde e Departamento de Farmácia da UnB, tendo como referência o projeto técnico realizado em Curitiba/PR desenvolvido pelo Ministério da Saúde, no período de agosto de 2013 a dezembro de 2014^{5,9,10}. Este artigo descreve as etapas do projeto de implantação no DF, ocorridas no período entre janeiro a dezembro de 2017.

1- Seleção dos farmacêuticos e das UBS

Em janeiro de 2017, foi lançada inscrição para a seleção para o projeto Cuidado, tendo sido recebidas mais de 50 inscrições, algumas provenientes de farmacêuticos

de hospitais e de outros estados brasileiros. Foram aceitas como válidas as inscrições realizadas por Farmacêuticos da APS do DF, que totalizaram 30 inscritos. Partiu-se então para a seleção, que considerava como critério de pontuação: pós-graduação em farmácia clínica, atuação em Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), atividades educativas em saúde. Foram também realizadas entrevistas para avaliar o currículo, interesse e perfil do farmacêutico para os serviços clínicos. Foram selecionados 12 farmacêuticos e 2 suplentes, que assumiriam caso houvesse desistência por parte dos 12 selecionados, sendo 6 da região Sudoeste, 2 da Oeste e Centro-Sul, 1 da Norte e da Sul. Os suplentes foram 1 da Sudoeste e da Sul.

2. Capacitação dos Farmacêuticos

A capacitação, que se iniciou em março de 2017, durou 4 meses, com carga horária de 160 horas, sendo 40 horas presenciais, 84 horas de capacitação e tutoria em serviço e 36 horas de EaD na plataforma Moodle/Educafarsus. Nas aulas presenciais houve uso de exposição dialogada, simulação realística, estudos de casos e dirigidos e avaliação pelo Exame Clínico Objetivo Estruturado (ECO). As tutorias contaram com apoio de professores da UnB e de residentes da Escola Superior de Ciências da Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (ESCS/Fepecs) e UnB.

3. Pactuação com os Gestores regionais e locais

A pactuação com os gestores ocorreu por meio de duas Oficinas que tiveram como produtos: o Termo de Compromisso de Gestão, a definição dos fluxos para a realização do novo serviço e criação da agenda do farmacêutico. Com base nas discussões realizadas nas oficinas foi editada a Nota Técnica nº 2 de 05 de junho de 2017, que estabelece os Instrumentos para organização do Cuidado Farmacêutico nas Unidades Básicas de Saúde da SES/DF¹¹.

4. Implantação do serviço clínico

Após primeira etapa da capacitação em sala de aula, os farmacêuticos iniciaram as ações do Cuidado Farmacêutico nas UBS, junto às equipes de saúde, por meio das tutorias, com o apoio dos residentes e da GCBAF/DIASF. Foram iniciadas as atividades de visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, consultas individuais e compartilhadas. A etapa de implantação foi concluída em junho de 2017.

5. Monitoramento e avaliação dos resultados

Essa etapa havia sido planejada para iniciar em agosto de 2017, contudo, reavaliou-se a performance dos farmacêuticos nas atividades do cuidado e a dificuldade em colocar em prática a agenda do farmacêutico, em face ao processo de conversão da APS. Assim, optou-se por seguir com um momento de apoio e fortalecimento do projeto, alterando a etapa para Consolidação e Monitoramento. Seguiu-se com reuniões clínicas, com apoio de professores da UnB, tutorias pelos residentes e realização de quatro Seminários Temáticos que abordaram os temas: Saúde Mental, Plantas Medicinais, Homeopatia, Saúde da Criança.

6. Multiplicação para demais UBS.

A multiplicação do Cuidado Farmacêutico para mais 12 farmacêuticos está prevista para ocorrer no segundo semestre de 2018, com a participação dos farmacêuticos já capacitados na primeira etapa do projeto como tutores.



Figura 1. Etapas de implantação dos Serviços Clínicos Farmacêuticos na APS da SES/DF.

Resultados

A estratégia de seleção de 14 farmacêuticos, sendo 2 suplentes, possibilitou que a etapa de implantação finalizasse com as 12 UBS ofertando o serviço, mesmo tendo ocorrido egressão de uma farmacêutica devido à licença maternidade. A etapa de capacitação obteve como resultado 100% dos profissionais capacitados, com o cumprimento de todos os critérios de aprovação. As oficinas de gestores das regiões de saúde contaram com a presença de gestores das 5 regiões de saúde que participaram do projeto e seus produtos subsidiaram a elaboração da Nota Técnica nº 2/2017, a qual estabelece os instrumentos para organização do Cuidado Farmacêutico nas Unidades Básicas de Saúde da SES/DF. A tabela 1 sugere equilíbrio entre a carga horária dedicada ao cuidado e às atividades técnico-gerenciais e de supervisão.

Tabela 1. Agenda de atividades do Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde da SES/DF.

AGENDA SEMANAL DO FARMACÊUTICO NA APS – 40HS			
Atividade	Carga horária	Produção mínima semanal	Produção mínima mensal
Visita Domiciliar	4 horas	2 visitas/semana	8 visitas/mês
Consulta (Individual e Compartilhada)	6 horas	4 consultas/semana	16 consultas/mês
Supervisão Farmacêutica	8 horas	-	-
Atividade Técnico-gerencial	8 horas	-	-
Reunião de Equipe	6 horas	3 reuniões/semana	12 reuniões/mês
Grupos Terapêuticos/Comunitários	4 horas	1 grupo/semana	4 grupos/mês
Atividades Técnico-pedagógicas	4 horas	-	-

Fonte: Nota Técnica nº 02/2017 – GCBAF/DIASF/CATES/SAIS/SES-DF

Quanto à etapa de implantação do serviço clínico farmacêutico, observou-se dificuldades na realização de algumas atividades do cuidado nas UBS que estavam passando pela fase de transição da conversão do modelo tradicional para ESF. Observou-se também fragilidade na realização das ações do cuidado nas UBS em que a farmácia apresentava problemas mais complexos em relação à estrutura física e à falta de servidores técnicos e auxiliares, devido à dificuldade de o farmacêutico

dedicar sua carga horária para a clínica. Nas UBS que já funcionavam no modelo de ESF, o farmacêutico conseguiu executar as atividades propostas pelo projeto.

Na etapa de Consolidação e Monitoramento houve desistência de um farmacêutico, quanto à frequência nos encontros para discussão de casos clínicos, tutorias e Seminários Temáticos, mas houve seguimento nos atendimentos aos usuários na UBS.

Em que pese as dificuldades apontadas, em todas as 12 UBS participantes do projeto houve ressignificação do papel do farmacêutico na APS e ampliação da carteira de serviços farmacêuticos para além de serviços logísticos. Assim sendo, considerando a execução de pelo menos uma atividade do cuidado, houve implantação dos serviços clínicos farmacêuticos nas 12 UBS selecionadas. A tabela 2 expressa os dados de aproveitamento das etapas de capacitação, implantação e consolidação e monitoramento.

Tabela 2. Índice de Aproveitamento das Etapas 2, 4 e 5 Projeto de Implantação dos Serviços Clínicos Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde da SES/DF.

Etapa	Quantidade de Farmacêuticos no início do projeto	Quantidade de Farmacêuticos no final da etapa	Quantidade de farmacêuticos esperada	Aproveitamento
2.Capacitação	20	20	20	100%
4.Implantação do Serviço	12	12	12	100%
5.Consolidação e Monitoramento	11	11	12	91,67%

A replicação do serviço clínico, etapa 6, está prevista para mais 12 UBS no segundo semestre de 2018, e com seguimento até que haja oferta desse serviço em todas as UBS.

Discussão

De forma semelhante ao projeto de implantação do cuidado em Curitiba/PR, no DF manteve-se como estratégias fundamentais a capacitação dos farmacêuticos e a sensibilização dos gestores locais e membros da equipe de saúde^{5,9,10}. Em Curitiba-PR foram capacitados 45 farmacêuticos, sendo 30 da APS e os demais de unidades especializadas, como Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais. No DF foram

capacitados 20 farmacêuticos: 12 farmacêuticos titulares e 2 suplentes, selecionados para participarem do projeto; 4 residentes da residência multiprofissional; e 2 farmacêuticos da Farmácia Escola da UnB, como contrapartida pelo apoio recebido da instituição de ensino superior^{9,10}. A inserção da residência foi fundamental para o acompanhamento e padronização das ações pelos 12 farmacêuticos, além de contribuir com a formação dos residentes nas atividades clínicas.

Os agendamentos de usuários no projeto de Curitiba tiveram como elementos a busca ativa pelo farmacêutico e os encaminhamentos pelos outros profissionais de saúde^{9,10}. No Distrito Federal, a principal forma de acesso dos usuários ao cuidado farmacêutico ocorreu por meio da participação do farmacêutico no NASF e nas reuniões das equipes de Estratégia Saúde da Família. Nesses espaços eram relatados e discutidos casos de usuários com dificuldades de adesão, polifarmácia e com baixo letramento.

Compreende-se que o formato do projeto nas 6 etapas foi essencial para que houvesse organização e comprometimentos dos atores envolvidos, que agiram de forma ativa na construção, em conjunto, de ferramentas para institucionalizar os serviços clínicos do farmacêutico. A publicação da Nota Técnica nº 02/2017 cumpre seu papel de orientar e padronizar as ações de cuidado pelas equipes das UBS que participaram do projeto, mas também serve como um guia para os gestores e profissionais da APS da SES/DF que desejam iniciar o serviço clínico farmacêutico.

Conclusão

O projeto de implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na APS, visa qualificar a assistência à saúde da população do DF, organizando as atividades logísticas inerentes ao seu caráter de apoio nas Redes de Atenção à Saúde, mas agregando atividades clínicas na atenção às necessidades de saúde do usuário, família e comunidade. E, mesmo tendo sido pensado antes do processo de Conversão da APS, está em consonância com as Portarias 77 e 78 de 2017, que estabelecem e regulamentam a Política de Atenção Primária à Saúde do DF. A Conversão da APS em Estratégia Saúde da Família na SES/DF, passada a fase de transição, em que ocorreu estagnação de algumas ações de cuidado, fortaleceu o desenvolvimento da implantação dos serviços clínicos farmacêuticos, devido à interação com os demais membros da equipe tendo como foco comum o usuário.

Necessário se faz dar seguimento nas etapas de monitoramento e avaliação dos resultados, para que se meça a efetividade do serviço implantado, e de multiplicação até que todos os farmacêuticos que atuam na APS realizem, além das atividades de logística, as ações de cuidado, fortalecendo a integralidade e a resolutividade das ações da equipe multiprofissional de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Executivo, Brasília, 15 fev. 2017.
2. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 78 de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta e disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Executivo, Brasília, 15 fev. 2017.
3. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª Edição. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília, 2011.
4. Pereira LRL, Freitas O. de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2008, vol.44, n.4, pp. 601-612.
5. 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, 2014.
6. Correr CJ, Otuki M. Atenção farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: Correr CJ, Otuki M. (Org.). A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013. 434 p.
7. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria SES nº 187 de 23 de julho de 2015. Cria o Serviço de Farmácia Clínica, nos Núcleos e na Gerência de Farmácia Hospitalar, nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Pronto Atendimento e nos demais serviços de saúde que demandarem da atuação do Farmacêutico Clínico. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Executivo, Brasília, 30 jul. 2015.
8. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Decreto nº 37.057 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde

do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Executivo, Brasília, 29 abr. 2016.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para a Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica (Cuidado farmacêutico na Atenção Básica, caderno 2). Brasília, 2014.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Resultados do Projeto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba (Cuidado farmacêutico na Atenção Básica, caderno 4). Brasília, 2015.

11. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica nº 02/2017 – GCBAF/DIASF/CATES/SAIS/SES-DF nº 2 de 05 de junho de 2017, que estabelece os Instrumentos para organização do Cuidado Farmacêutico nas Unidades Básicas de Saúde da SES/DF. Brasília, 2017. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/informes-tecnicos-da-assistencia-farmaceutica/>. Acesso em 08 de maio de 2018.

6.2 ARTIGO 2

Submetido na Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação, em dezembro/2018. Comprovante consta do **Anexo C**.

Educação Continuada e a melhoria nos serviços de saúde: uso da metodologia ativa na capacitação de auxiliares de farmácia

Continuing Education and the improvement in health services: use of the active methodology in the training of pharmacy assistants

Educación continua y la mejora en los servicios de salud: uso de la metodología activa en la capacitación de auxiliares de farmácia

Anna Heliza Silva Giomo^{1*}
Letícia da Costa D'Oliveira²
Lívia Alvares Leite³
Dayde Lane Mendonça da Silva³

¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

²Instituto Hospital de Base do Distrito Federal

³Universidade de Brasília

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo descrever o desenvolvimento e avaliação de um curso de capacitação para auxiliares de farmácia em unidades básicas de saúde do Distrito Federal, Brasil. Utilizando abordagem quali-quantitativa, verificou-se melhora do desempenho de 111 servidores capacitados, mensurando os conhecimentos dos participantes em dois momentos distintos, antes e após o curso, com aplicação de avaliação teórica. Houve aumento da média das notas na avaliação após curso ($p=0,015$). Ademais, farmacêuticos e gestores entrevistados relataram melhoria nos serviços prestados aos usuários após a capacitação dos servidores. Segundo avaliação dos participantes, a metodologia ativa adotada permitiu e impulsionou as correlações entre o embasamento teórico apresentado nas aulas e as situações vivenciadas no serviço. A partir dos dados obtidos, observou-se que a capacitação de auxiliares de farmácia contribuiu para o aperfeiçoamento das atividades de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Técnicos em Farmácia. Atenção Primária à Saúde. Capacitação em Serviço. Educação Continuada.

ABSTRACT: The present study aimed to describe the development and evaluation of a training course for pharmacy assistants in basic health units of the Federal District, Brazil. Using a qualitative-quantitative approach, the performance of 111 trained servants was improved by measuring participants' knowledge in two different moments, before and after the course, with the application of theoretical evaluation. There was an increase in the mean of the scores in the evaluation after the course ($p = 0.015$). In addition, pharmacists and managers interviewed reported improvement in services provided to users after the qualification of the servers. According to the participants' evaluation, the active methodology adopted allowed and promoted the correlation between the theoretical basis presented in the classes and the situations experienced in the service. From the data obtained, it was observed that the training of pharmacy assistants contributed to the improvement of the activities of Pharmaceutical Assistance in Primary Health Care.

Keywords: Pharmacy Technicians. Primary Health Care. Inservice Training. Education, Continuing.

RESUMEN: El presente estudio tuvo como objetivo describir el desarrollo y evaluación de un curso de capacitación para auxiliares de farmacia en unidades básicas de salud del Distrito Federal, Brasil. Utilizando un enfoque cualitativo cuantitativo, se observó una mejora en el desempeño de 111 servidores capacitados para medir los conocimientos de los participantes en dos momentos distintos, antes y después del curso, con aplicación de evaluación teórica. Se observó un aumento de la media de las notas en la evaluación después del curso ($p = 0,015$). Además, farmacéuticos y gestores entrevistados relataron mejoría en los servicios prestados a los usuarios después de la capacitación de los servidores. Según la evaluación de los participantes, la metodología activa adoptada permitió e impulsó las correlaciones entre el fundamento teórico presentado en las clases y las situaciones vivenciadas en el servicio. A partir de los datos obtenidos, se observó que la capacitación de auxiliares de farmacia contribuyó para el perfeccionamiento de las actividades de Asistencia Farmacéutica en la Atención Primaria a la Salud.

Palabras clave: Técnicos de Farmacia. Atención Primaria de Salud. Capacitación en Servicio. Educación Continua.

Introdução

Um importante desafio dos tempos atuais está no estabelecimento de processos de trabalho que contemplem as diferentes complexidades das tarefas desenvolvidas nos serviços de saúde e que atendam às necessidades dos usuários. Mas que também sejam capazes de compreender as relações interpessoais dos trabalhadores com seus saberes e concepções adquiridas ao longo da vida^{1,2}.

Paulo Freire³, um dos precursores da aprendizagem significativa, com princípios de educação que liberta, salienta que é necessária uma constante atitude crítica para superar a acomodação e promover mudanças. Assim, nos deparamos com a demanda de aplicar técnicas capazes de ampliar o olhar dos trabalhadores da saúde que, em grande parte, receberam formação de um modelo tradicional de ensino e estão a praticar o trabalho prescrito, sem consciência da maneira de como relacionar-se com ele⁴.

Para tal, encontra-se suporte na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, que traz a Educação Permanente como um processo de aprendizagem no trabalho, em que se aprende e ensina enquanto ocorrem as rotinas do trabalho nas instituições. Essa Política propõe que os métodos de capacitação dos trabalhadores da saúde objetivem a transformação das práticas profissionais e da forma de organização do trabalho, utilizando a problematização como estratégia de ensino e tendo como base as necessidades de saúde das pessoas e das populações, bem como a gestão e o controle social⁵.

A Educação Permanente em Saúde pode relacionar-se com a Educação Continuada quando esta ocorre em ambiente institucional em atendimento a demandas específicas⁶, sendo um meio para que se desenvolva nos trabalhadores da saúde conhecimentos, habilidades, atitudes aumentando a resolutividade das ações sanitárias.

No Distrito Federal, a decisão da gestão em converter a Atenção Primária à Saúde (APS) em um único modelo, sustentado na Estratégia Saúde da Família (eSF), trouxe luz a uma demanda já existente de que a atuação dos trabalhadores da saúde na região carece de transformação^{7,8}. As diretrizes da eSF focadas nas necessidades do usuário, família e comunidade, abrangem os princípios da integralidade, acolhimento e acesso, em que as equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde

(UBS) precisam estar preparadas para receber e ouvir todas as pessoas que procuram os serviços de saúde para, então, atender às suas reais demandas.

Neste contexto, um dos serviços essenciais para a integralidade das ações de saúde está relacionado ao acesso e promoção do uso racional de medicamentos, que desempenham papel fundamental no controle das doenças e na melhoria da qualidade de vida da população^{9,10}. Um estudo vinculado à Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada em centenas de municípios brasileiros, demonstrou que o nível de educação do trabalhador e a qualificação nas unidades de distribuição de medicamentos variaram significativamente no país¹¹.

Em alguns países os técnicos em farmácia possuem regulamentação desde a década de 70, como nos Estados Unidos, que definem esses profissionais como aqueles que atuam somente em atividades que não exijam o julgamento do farmacêutico^{12,13}. No Brasil, ainda não há normas em âmbito nacional, mas considerando a importância dos processos relacionados ao acesso e uso de medicamentos, é primordial que haja ampliação e qualificação das equipes das farmácias das UBS.

Considerando os aspectos apontados sobre as demandas atuais de conformação dos processos de trabalho em saúde, bem como a necessidade de estabelecer técnicas mais adequadas de educação continuada, se propôs com este estudo desenvolver e avaliar um curso de capacitação para servidores auxiliares e técnicos que atuam nas farmácias da APS do Distrito Federal, verificando também seus resultados na melhoria dos serviços prestados.

Metodologia

Trata-se de um estudo experimental, prospectivo e descritivo, com abordagem quali-quantitativa, realizado no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, no período de agosto a outubro de 2017. Participaram da pesquisa servidores da Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF), entre eles gestores, farmacêuticos, auxiliares e técnicos, provenientes de 63 UBS das 172 unidades existentes no DF no período do estudo. A pesquisa foi realizada em quatro etapas: planejamento e desenvolvimento do curso; avaliação do desempenho antes e depois dos servidores capacitados; avaliação do curso pelos participantes; e análise da percepção dos

gestores e farmacêuticos quanto à mudança de atitude dos servidores capacitados na melhoria dos serviços ofertados. Incluiu-se no estudo servidores que atuavam ou que iriam atuar nas farmácias das UBS, gestores e farmacêuticos. Excluiu-se servidores que estavam em processo de aposentadoria, em período de férias ou licença e os que não realizaram a Avaliação Diagnóstica (AD) ou Avaliação Final (AF).

Planejamento e desenvolvimento do curso de capacitação

O curso de capacitação foi planejado e desenvolvido pelas pesquisadoras em parceria com a Diretoria de Assistência Farmacêutica e farmacêuticos da SES/DF, Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB), Universidade de Brasília (UnB) e Programas de Residência Multiprofissional da SES/DF e UnB. Esse grupo de profissionais foi também responsável pela definição dos temas abordados e pela elaboração da apostila oferecida na capacitação. O curso foi organizado em sete módulos que visaram abranger as principais atividades realizadas pelo público-alvo em seus ambientes de trabalho: I. Humanização, II. Política de Atenção Primária à Saúde, III. Noções básicas sobre medicamentos, IV. Normatização, V. Redes de Assistência Farmacêutica e Cuidado Farmacêutico, VI. Logística e VII. Seminários e Debates.

Foi utilizada metodologia ativa para aprendizagem significativa, proposta pela ETESB, que é uma instituição especializada na aplicação de cursos para nível técnico. Portanto, as aulas, designadas “tutorias”, possuíam um roteiro comum para os diferentes módulos, com momentos de teoria, atividades práticas simuladas e dinâmicas, as quais buscavam levar para a sala de aula a realidade de trabalho dos participantes.

O curso teve uma carga horária total de quarenta e oito horas, vinte delas dedicadas às atividades de dispersão, as quais propuseram tarefas para aprofundar o conhecimento adquirido nas aulas, permitindo integração entre teoria e prática.

Estas atividades foram realizadas, em sua grande maioria, no próprio ambiente do trabalho do aluno.

Coleta e análise de dados

Avaliação do desempenho antes e depois dos servidores capacitados

Foi utilizado um questionário de avaliação, aplicado em dois momentos distintos: *baseline* (antes do curso) e *endpoint* (após o curso), denominados de

Avaliação Diagnóstica (AD) e Avaliação Final (AF), respectivamente. O questionário continha nove questões objetivas, baseadas nos temas abordados no curso, com quatro alternativas de resposta, sendo apenas uma correta. A análise das avaliações foi baseada no quantitativo de acertos e erros para cada tema, permitindo comparar o desempenho dos participantes nos diferentes momentos de aplicação e, conseqüentemente, a evolução dos participantes quanto aos conhecimentos adquiridos a partir da capacitação.

Avaliação do curso pelos participantes

Aplicou-se também um formulário virtual, pelo *Google Forms*, direcionado aos alunos que realizaram o curso, medindo a satisfação quanto aos tutores e local dos encontros, atribuindo notas em escala de zero (0) a dez (10) (sendo 0=Ruim/pouco importante e 10=Excelente/Muito importante). Considerou-se como satisfeitos os alunos que apontaram nota acima de 5.

Avaliação pelos gestores e farmacêuticos

Para avaliar a percepção do farmacêutico e gestor quanto à performance do servidor após a capacitação, foi aplicado um questionário abordando os quesitos: Comunicação com a equipe da farmácia, Comunicação com os usuários, Humanização, Noções básicas sobre medicamentos, Normatização e Encaminhamento à equipe de saúde e cuidado farmacêutico. O formulário foi disponibilizado pelo *Google Forms* e ficou disponível por 25 dias após a finalização do curso. Foram aplicadas seis questões utilizando a escala de Likert: concordo plenamente; concordo; não concordo nem discordo; discordo ou discordo plenamente. Após coleta, as respostas foram pontuadas de 1 a 5, com a menor pontuação para “discordo plenamente” e a maior para “concordo plenamente”, sendo então calculada média e desvio padrão. Foi considerado que houve melhoria no serviço quando a pontuação era igual ou maior que 4, e que não houve melhoria no serviço quando menor que 4.

As variáveis coletadas nos questionários dos alunos foram: idade, sexo, escolaridade, estado civil, cargo efetivo na SES/DF e se a UBS contava ou não com farmacêutico; qualidade dos instrutores e do local do curso. No questionário do farmacêutico e gestor as variáveis de interesse foram relativas às mudanças no

comportamento dos servidores (habilidade de comunicação, acolhimento ao usuário, grau de conhecimento sobre medicamentos, rotinas e normas).

Análise de Discurso

Ao final de ambos os formulários continha espaço aberto para que os participantes expusessem suas considerações acerca da capacitação. Utilizando os dados obtidos nessas questões, realizou-se a análise de discurso, inicialmente, com leituras exaustivas dos discursos para apreender as ideias centrais e, após, confrontando as respostas dos diferentes participantes, estabeleceu-se pontos convergentes e divergentes, o que deu origem as categorias e subcategorias. As letras F e G identificam farmacêuticos e gestores entrevistados e S, os servidores que foram capacitados, seguidas por um algarismo de acordo com a ordem das entrevistas preservando o anonimato.

Análise estatística e aspectos éticos

Os dados coletados foram sistematizados em planilha do Excel, versão 2013[®], a análise estatística foi realizada por meio do Statistic Package for Social Science (SPSS), versão 20. O Teste *t Student* para o intervalo de confiança de 95% foi aplicado às variáveis pareadas para estabelecer se havia diferença significativa entre as médias das avaliações diagnóstica e final.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de parecer 2.269.973 e CAAE 73306717.9.0000.5553.

Resultados

Foram realizadas 201 inscrições e efetivadas 135 matrículas, sendo que 128 (94,81%) alunos finalizaram o curso, 5 alunos desistiram e 2 foram reprovados. Dos 128 alunos capacitados foram incluídos como participantes da pesquisa os alunos que realizaram as avaliação diagnóstica e avaliação final, totalizando 111 indivíduos, distribuídos equivalentemente entre mulheres (49,55%) e homens (50,45%), com idade média de 45,3 anos ($\pm 7,7$) e predominância de casados (58,56%) e com ensino médio (48,65%) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos servidores que participaram do curso de capacitação de auxiliares de farmácia da APS da SES/DF, no período de setembro a outubro de 2017 (n = 111).

Variáveis de interesse	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	55	49,55
	Masculino	56	50,45
Idade	Até 30 anos	3	2,70
	De 31 a 45 anos	53	47,75
	De 46 a 60 anos	54	48,65
	Acima de 60 anos	1	0,90
Escolaridade	Nível Fundamental	4	3,60
	Nível Médio	54	48,65
	Nível Superior	43	38,74
	Pós-graduação	3	2,70
	Não informado	7	6,31
Estado civil	Solteiro	19	17,12
	Casado	65	58,56
	União estável	5	4,50
	Divorciado	18	16,22
	Viúvo	1	0,90
	Não informado	3	2,70
Cargo efetivo na SES/DF	Nível Fundamental	36	32,43
	Agente Comunitário de Saúde	11	10,19
	AOSD	4	3,60
	AOSD – Agente de Portaria	3	2,70
	AOSD – Enfermagem	4	3,60
	AOSD – Farmácia	4	3,60
	AOSD – Lavanderia	1	0,90
	AOSD – Operador de Máquinas	2	1,80
	AOSD – Serviços Gerais	7	6,48
	Nível Médio	72	64,86
	Técnico Administrativo	70	64,81
	Técnico em Laboratório	1	0,90
	Técnico em Políticas Pública e Gestão Governamental	1	0,90
	Nível Superior	3	2,70
	Administrador	1	0,90
Analista em Políticas Pública e Gestão Governamental	1	0,90	
Enfermeiro	1	0,90	
Atuantes em UBS com Farmacêutico	Sim	64	57,65
	Não	44	39,65
	Não informado	3	2,70

Observa-se que os servidores ocupavam quatorze diferentes cargos efetivos na SES/DF, a maioria em cargos de nível médio (64,86%; n=72) e em menor

quantidade (32,43%; n=36) estavam os de nível fundamental, porém com maior variedade de especialidades do cargo (Tabela 1).

As médias das notas da Avaliação Diagnóstica ($7,49 \pm 1,2$) e da Avaliação Final ($8,36 \pm 0,92$) mostraram diferença estatisticamente significativa ($p=0,015$). Já as variáveis idade, escolaridade e UBS com farmacêutico não exibiram associação com o desempenho do aluno na Avaliação Final ($p = 0,052$, $p = 0,947$; $p = 0,164$, respectivamente).

Como pode ser observado nas figuras 1 e 2, houve aumento no percentual de acertos e redução no percentual de questões em branco ao final do curso em todos os temas abordados. Destacam-se as questões relacionadas ao conteúdo da unidade III – Noções Básicas sobre Medicamentos, que aumentou de 74,5% para 90,5% de acertos entre as duas avaliações, enquanto houve uma redução de 6,31% para 0,45% das questões em branco da primeira para a segunda avaliação.

Da mesma forma, na unidade V – Redes da Assistência Farmacêutica observou-se aumento do número de acertos de 55,6% para 77,1% entre as avaliações inicial e final. Observou-se também que houve aumento do número de questões em branco na segunda avaliação sobre Logística (Unidade VI).

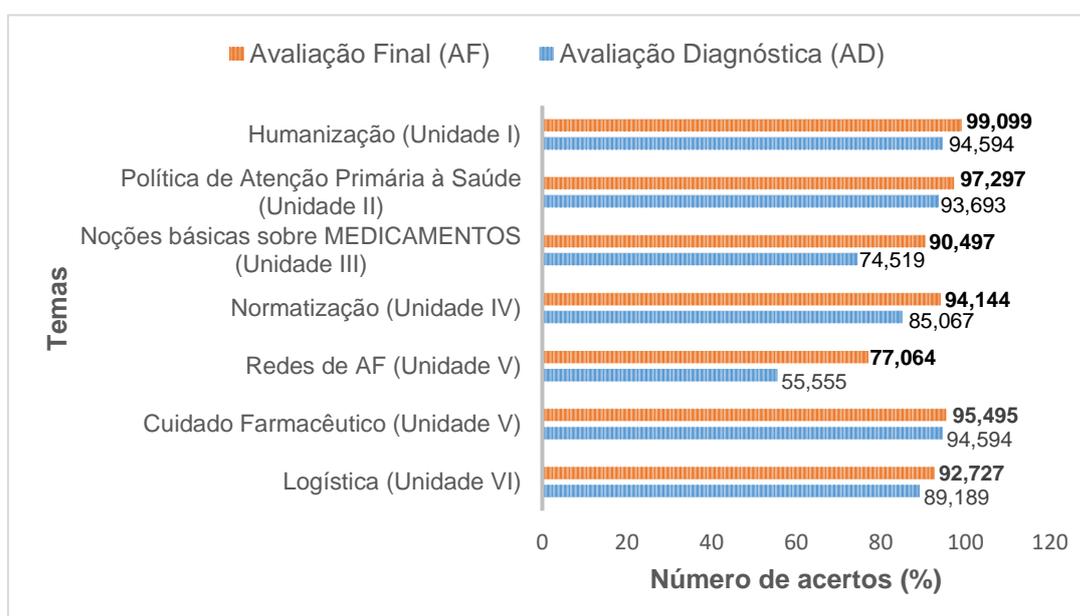


Figura 1. Frequência de respostas certas em cada tema das avaliações Diagnóstica e Final, realizadas no curso de capacitação de auxiliares de farmácia da APS da SES/DF, no período de setembro a outubro de 2017 (N =111).

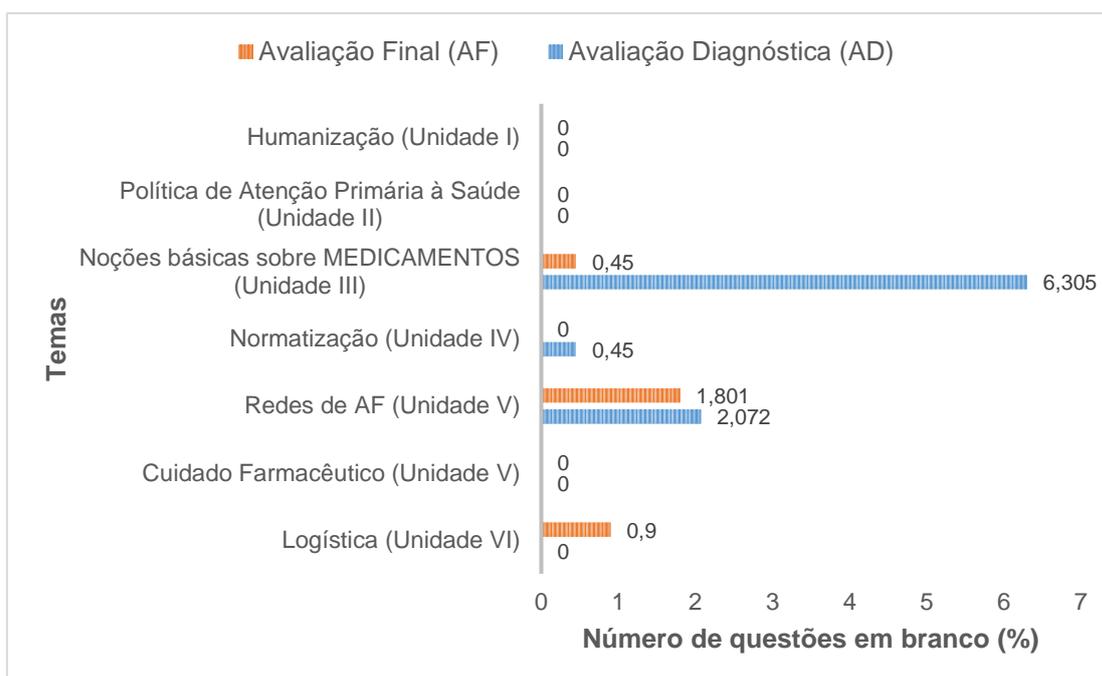


Figura 2. Frequência de respostas em branco em cada tema das avaliações Diagnóstica e Final, realizadas no curso de capacitação de auxiliares de farmácia da APS da SES/DF, no período de setembro a outubro de 2017 (N =111).

Responderam ao questionário de avaliação do curso 47,7% (n = 53) do total de alunos participantes do estudo (n = 111). Sobre o local de realização do curso, a maioria dos alunos (86,8 %, n = 46) optou por nota ≥ 5 , com média de 6,86 ($\pm 2,57$), sendo que na pergunta aberta 18,86% (n = 10) queixaram-se da distância entre as UBS e a escola. Quanto a satisfação com os instrutores, as notas variaram entre 7 e 10, com média de 8,98 ($\pm 0,97$).

Na avaliação do impacto da capacitação na melhoria dos serviços prestados pelos servidores, houve participação de 32 profissionais, sendo 21 farmacêuticos (65,6%) e 11 gestores (34,38%), provenientes de 32 das 63 UBS que participaram da capacitação. A média da pontuação em cada questão foi superior a 4, exceto na pergunta 2 que obteve média de 3,94 $\pm 0,80$. A média geral foi de 4,07 $\pm 0,78$ (Tabela 2), representando 77,08% dos respondentes, deste modo, houve melhoria nos serviços após a capacitação.

Tabela 2. Avaliação pelos gestores e farmacêuticos da melhoria no serviço após curso de capacitação de auxiliares de farmácia da APS da SES/DF (N =32).

Perguntas (Após a capacitação)	Média*	Desvio padrão
1. O servidor melhorou sua comunicação com os demais membros da equipe da farmácia?	4,06	0,76
2. O servidor tem demonstrado boas habilidades de comunicação com o usuário do serviço?	3,94	0,80
3. O servidor tem acolhido o usuário quando chega na farmácia com alguma dúvida sobre medicamento ou outro serviço da rede?	4,06	0,76
4. Você observou melhor desempenho do servidor quanto às informações básicas adequadas passadas para os usuários sobre seus medicamentos?	4,09	0,96
5. Você observou melhor cumprimento das Normas da Farmácia pelo servidor, como a Portaria Nº 250, de 17 de dezembro de 2014?	4,19	0,69
6. Você observou melhor desempenho do servidor na identificação de demandas e realização do encaminhamento dos usuários à equipe de saúde ou ao cuidado farmacêutico?	4,06	0,72
Média geral	4,07	0,78

*Para cada item, o intervalo de nota foi de um (discordo plenamente) a cinco (concordo plenamente)

Na leitura dos discursos dos participantes foi identificada predominância de falas que levaram a definição de duas categorias (opiniões favoráveis e opiniões desfavoráveis), que originaram três subcategorias (capacitação para aperfeiçoamento do serviço, atuação interdisciplinar na integração dos processos de trabalho e uso da metodologia ativa na educação continuada).

Capacitação para aperfeiçoamento do serviço

Evidenciou-se consenso na fala dos participantes sobre a necessidade de que os servidores das farmácias sejam capacitados para a melhor realização dos serviços.

“Gostaria de agradecer pelo curso oferecido e dizer que o servidor está atencioso e entendendo minhas preocupações com o serviço” (F10)

“Este curso foi muito bom para o aprimoramento da servidora, mesmo ela não atuando diretamente com o usuário, pois ela adquiriu conhecimento técnico necessário para as demais atividades da atenção primária.” (G1)

“Achei o curso importantíssimo! Não fazia ideia do tamanho da responsabilidade de atender na farmácia; da quantidade de informações que precisamos ter para um atendimento de excelência.” (S13)

Alguns discursos referiram também a necessidade de maior carga horária e de aprofundamento do conteúdo para aprimoramento dos assuntos específicos de farmácia.

“O curso deve ser mais aprofundado.” (G8)

“Na minha opinião, já que temos que dar informações de suma importância para os nossos clientes, o curso deveria ter mais horas de duração, pois é de uma responsabilidade muito grande para os servidores de outras áreas dar informações específicas de farmácia.” (S4)

Atuação interdisciplinar na integração dos processos de trabalho

Houve convergência de discursos que demonstraram a dificuldade de realização do trabalho em saúde devido à necessidade dos profissionais se inter-relacionarem, conhecerem a atividade um do outro.

“Aprendizagem sempre é bem-vinda o curso deveria ser ministrado para os médicos, gerentes e superintendentes para que saibam como são as normas” (S21)

“O curso é bom, mas os efeitos são pequenos, pois não abrange todas as partes envolvidas no processo da farmácia, principalmente médicos e os gestores locais (gerentes e supervisores) que deveriam ter pelo menos uma noção do funcionamento da farmácia, isso facilitaria e muito o trabalho dos servidores da farmácia.” (S17)

Uso da metodologia ativa na educação continuada

Observou-se discursos favoráveis à metodologia de problematização utilizada, contudo, alguns participantes expressaram a preferência pela abordagem metodológica expositiva, enquanto outros solicitaram ajustes nos conteúdos abordados.

“O curso em si foi bom. Aprendi coisas novas, e ter a vivência com outros colegas que passam por diferentes situações em seus respectivos locais de trabalho é importante para aprendermos ainda mais.” (S48)

“Precisa ser alterada a forma de condução do curso, focando mais na questão técnica teórica, e menos em questão prática e vivências que não condizem com os manuais... Falo da questão de deixar com que participantes fiquem colocando situações cotidianas e que não são passíveis de correções no curso e sim de caráter gerencial da instituição.” (S5)

Discussão

Muitas são as estratégias necessárias para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde no SUS, a mais transformadora delas é a qualificação dos trabalhadores, conduzidos para terem consciência crítica e atuarem como "agentes de mudança".¹ Para Vieira¹⁴, apesar das ações para ampliar o acesso da população a medicamentos que ocorreram no SUS ao longo dos anos, um dos problemas que persiste é a necessidade de qualificar a gestão da assistência farmacêutica, visto que os serviços não funcionam de maneira satisfatória, sendo, portanto, necessário investir na estruturação dos serviços, com instalações, equipamentos e sistemas informatizados adequados, mas sobretudo na contratação e capacitação de farmacêuticos e pessoal auxiliar.

No curso desenvolvido houve grande adesão pelos servidores, com alto grau de aprovação e baixa taxa de evasão, o que demonstra o interesse e necessidade de aperfeiçoamento na realização das atividades de apoio nas farmácias. Um estudo demonstrou que os fatores que levam os trabalhadores a participarem de curso de capacitação podem estar relacionados à obrigatoriedade, mas também ao significado que ele representa para o público-alvo, atendendo as suas necessidades e fornecendo subsídios para a aplicação prática do assunto abordado a sua realidade de trabalho¹⁵.

A diferença verificada nas notas gerais dos alunos na Avaliação Diagnóstica (AD) e Final (AF) evidenciou que o curso de capacitação impactou diretamente no aumento da nota média da AF, o que aponta para uma apropriação teórica de novos conhecimentos nas temáticas abordadas no curso. Já a ausência de diferença estatisticamente significativa nas médias das notas quando correlacionadas as variáveis, demonstrou que a idade, escolaridade e existência de farmacêutico na UBS não influenciaram o rendimento dos participantes na AF. A alta concentração dos servidores nas faixas de idade superiores a 30 anos e com escolaridade de nível

médio e superior pode justificar o fato dessas variáveis não terem gerado impacto nos resultados. Já a existência de farmacêutico nas UBS não foi significativa, possivelmente, devido a alguns participantes da capacitação não estarem ainda atuando nas farmácias e, portanto, não terem compartilhado saberes com o farmacêutico.

A forma de avaliação (*baseline* e *endpoint*) também foi aplicada por Reis¹⁶ para avaliar um curso de capacitação à distância destinado a farmacêuticos, sendo alterada a sequência das questões e utilizado intervalo de noventa dias entre a aplicação das duas avaliações, visando evitar vieses de resposta por memorização. Nesse aspecto, destaca-se que no presente estudo a ordem das questões também foi alterada, com menor tempo entre as avaliações (vinte e três dias). Outro ponto importante foi o fato de a primeira avaliação ter sido aplicada em um grande auditório para todos os participantes, com disposição de cadeiras que permitia a proximidade entre os alunos, o que pode ter colaborado para a alta porcentagem de acerto na Avaliação Diagnóstica. Em que pese isso, identificou-se melhoria no desempenho dos alunos na AF em todas as temáticas abordadas no curso.

Na escolha dos temas buscou-se desenvolver competências em conhecimentos específicos da farmácia, o que foi possível com os diferentes módulos. Eles possibilitaram explorar maior quantidade de temas que objetivaram promover um cuidado em saúde qualificado para os usuários, auxiliar na organização das atividades gerenciais e harmonizar os procedimentos às normas sanitárias exigidas.

No tocante ao tema “Cuidado Farmacêutico”, a pequena diferença entre as notas de ambas as avaliações pode justificar-se pelo fato de o número de acertos já ter sido elevado na Avaliação Diagnóstica em decorrência de uma questão que abordava um caso fictício sobre reação adversa de maior complexidade, cuja resposta correta era o encaminhamento do usuário ao farmacêutico e/ou equipe de saúde. Durante a elaboração das provas, esta questão era classificada como fácil e, portanto, teve grande número de acertos. Já a questão sobre “Logística” referia-se a situações comuns no dia-a-dia dos servidores, como condições de armazenamento e manutenção da qualidade dos medicamentos, possivelmente, a isso se deve o número de acertos também maior nas duas avaliações. Por fim, os três temas “Redes de Assistência Farmacêutica”, “Noções básicas sobre medicamentos” e “Normatização” tratavam-se de assuntos mais complexos, que exigiram do participante uma base de conhecimento mais específica da área farmacêutica, os

quais foram trabalhados no curso, justificando, assim, maior número de acertos e menor de erros na AF. Assim, nos temas específicos, relacionados aos medicamentos e ao atendimento dos usuários, verificou-se as maiores diferenças entre as notas e pontuações menores na avaliação diagnóstica. Isso marca a carência de qualificação dos servidores nesses tópicos, o que impacta diretamente na qualidade das informações prestadas aos usuários durante o acesso aos medicamentos.

Para Roschke et al¹⁷ a aprendizagem significativa promove e produz sentido para quem aprende e ensina. Assim, buscou-se no presente estudo envolver os servidores para atuarem de forma participativa nos encontros presenciais, trazendo suas experiências e também anseios, para que se sentissem parte do processo, desenvolvendo novas competências e promovendo melhoria nos espaços de trabalho. Além disso, com o tema de Humanização, buscou-se promover a qualificação da comunicação dos técnicos com as equipes de saúde e usuários.

Melo¹² descreveu uma experiência de capacitação de técnicos de farmácia para dispensação de medicamentos, sob supervisão de farmacêutico, a qual foi desenvolvida em apenas uma UBS para quatro servidores, os quais foram gradualmente capacitados (medicamento a medicamento), por período de seis meses, o que, certamente, permitiu maior imersão nos assuntos tratados. Já o presente estudo, além de abordar uma variedade maior de temas, foi realizado para um grande número de UBS e de servidores, apresentando como benefício maior abrangência e magnitude, contudo, persistindo a lacuna a ser preenchida com outras ações de educação continuada e permanente para aprofundar e sedimentar o conhecimento desses servidores. De fato, foram vários os relatos observados nas avaliações realizadas pelos gestores, farmacêuticos e dos próprios participantes sobre a necessidade de ampliação e aprofundamento de alguns temas abordados no curso.

O curso foi bem avaliado pelos alunos, que demonstraram estar satisfeitos com os instrutores. Porém a presença de queixas sobre a distância entre o local de trabalho dos alunos e onde os encontros ocorreram, pode explicar pontuações com alto grau de dispersão. A avaliação feita pelos farmacêuticos e gestores foi positiva, sendo que a maioria concordou que houve melhoria na performance dos servidores após capacitação. Esse resultado foi importante para medir a influência da capacitação na melhoria dos serviços, pois partiu-se do ponto de vista de quem compartilha processos de trabalho e vivências com os servidores capacitados, e também para reforçar a necessidade do olhar da gestão sobre o papel da educação continuada na

transformação dos cenários laborais, a partir da compreensão da dimensão subjetiva de cada trabalhador².

A triangulação dos métodos quantitativo e qualitativo utilizada neste estudo, visou compreender e interpretar melhor os achados. Para Minayo¹⁸, a pesquisa quantitativa deve ser utilizada na avaliação da regularidade do objeto em estudo e a qualitativa para analisar as expressões humanas, somando-se a objetividade e a subjetividade. Assim, a análise de discurso realizada trouxe explicações importantes para interpretação dos dados estatísticos, evidenciando a carência de capacitação em serviço que promova a integração do conhecimento técnico com a prática e as relações no trabalho. Com as falas dos participantes foi possível compreender que o processo de capacitação por si só apresenta limites, os quais precisam ser reparados com ações de educação permanente em saúde, favorecendo adequações do trabalho prescrito e do realizado, considerando as necessidades dos usuários e as particularidades dos próprios profissionais nos seus saberes e valores^{2,4,5}.

Além disso, os discursos permitiram avaliar que a metodologia ativa foi compreendida de forma diferente pelos alunos. O fato de a maioria ter idade superior a 30 anos pode explicar essa distância da técnica de problematização, por, possivelmente, ter tido contato apenas com métodos tradicionais de ensino. Outro ponto importante é o fato de a metodologia ativa instigar maior participação na aula e dedicação de tempo de estudo fora da sala de aula, o que para o público-alvo do estudo pode ter sido um desafio, por ter que conciliar o tempo com o trabalho, capacitação e afazeres domésticos, somados ao cansaço físico inerente à idade¹⁹. Ademais, a meia idade aproxima os servidores da aposentadoria, o que pode diminuir o interesse pelo estudo e prejudicar o processo de aprendizagem²⁰.

Observou-se que uso da metodologia ativa, intercalando atividades em sala de aula e de dispersão, bem como as temáticas e a organização de turmas mistas com servidores das diferentes localidades, proporcionou interação e troca de experiências, favorecendo a baixa evasão e o bom rendimento acadêmico dos servidores no curso. Isso foi evidenciado pela alta taxa de conclusão, melhoria na performance dos alunos na AF e avaliação positiva por parte dos farmacêuticos e gerentes sobre o desempenho em serviço dos alunos capacitados no curso. Um estudo que também avaliou os impactos da capacitação dos trabalhadores na atenção básica, identificou que a maioria dos gestores e trabalhadores apontou a metodologia participativa como um processo mais eficiente do que somente aulas expositivas, por favorecerem a

reflexão coletiva, pensamento crítico e desenvolver solidariedade, vínculo e cooperação mútua¹⁵.

Santos e Sasaki¹⁹ também identificaram benefícios de se adotar a metodologia ativa no processo de ensino-aprendizagem para alunos jovens e adultos, e destacaram que se trata de um processo completamente diferente quando comparado com o ensino para adolescentes. De maneira semelhante, no presente estudo também foi possível compreender as limitações apresentadas pelos alunos devido a meia idade, mas, de igual modo, ficou evidente a bagagem que esses indivíduos agregaram a partir de suas experiências de vida, fortemente embasadas “no ver e no fazer”, pouco no embasamento teórico.¹⁹ Portanto, tem-se um promissor trabalho quando se une as inúmeras experiências em favor do processo de ensino-aprendizagem. A metodologia ativa é o campo ideal para explorar essa contribuição, pois busca colocar o aluno como o protagonista do aprendizado, o principal responsável pela construção de um conhecimento sólido, permitindo a correlação da teoria com a prática.

Os resultados das quatro etapas de análise realizadas permitiram identificar a importância da educação continuada na qualificação dos serviços de farmácia da APS. Técnicos de farmácias competentes podem contribuir com a promoção do uso racional de medicamentos, desempenhando serviços mais simples que os farmacêuticos, mas com eficácia para o cuidado com a saúde dos usuários²¹. Além disso, técnicos mais bem treinados podem contribuir para ampliação e aprimoramento dos serviços de cuidado farmacêutico, já que poderão atender demandas primárias, direcionando ao farmacêutico as de maior complexidade¹³.

Um dos problemas apontados pelo estudo foi a diversidade de cargos efetivos ocupados pelos servidores que atuam nas farmácias das UBS da SES/DF, o que fragiliza o entendimento dos fluxos de trabalho e a assertividade na realização de tarefas. Os serviços relacionados à Assistência Farmacêutica possuem diferentes níveis de complexidade, o que requer estabelecimento de uma equipe para atuar na farmácia, sob supervisão do farmacêutico, e que possua formação mínima de nível médio com conhecimentos da área da saúde. A falta de uma carreira de servidores auxiliares específicos para a farmácia está presente também em outras regiões do Brasil, conforme estudo que demonstrou que a força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos na atenção primária do SUS é composta

majoritariamente por técnicos ou auxiliares de enfermagem¹¹, os quais, apesar da formação na área da saúde, possuem atribuições distintas dos serviços de farmácia.

Recentemente, a SES/DF publicou as Portarias nº 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017, as quais estabelecem a Política de Atenção Primária a Saúde do DF e o processo de conversão da APS ao modelo Estratégia Saúde da Família^{7, 8}. Tal fato requereu ajustes quanto a movimentação de pessoal nas unidades de saúde e nos processos relacionados ao fornecimento de medicamentos à população. Um deles foi a definição de parâmetros para manutenção dos servidores técnicos e auxiliares de diferentes categorias nas farmácias das UBS da SES/DF, sendo exigido que os servidores apresentem comprovação de experiência e capacitação em serviços de logística e de entrega de medicamentos²². Portanto, o curso de capacitação teve importante colaboração com o atual cenário vivido pela SES/DF, sendo um propulsor para a melhoria dos serviços prestados e superação da fragilidade causada pela diversidade de cargos nas farmácias.

Dentre as limitações deste estudo está a ausência de avaliação da satisfação dos usuários em relação ao atendimento prestado nas farmácias das UBS antes e após a capacitação e a necessidade de avaliar a retenção dos conhecimentos teóricos e práticos dos servidores após um maior período da conclusão do curso.

Considerações Finais

No presente estudo propôs-se desenvolver e avaliar os resultados de um curso de capacitação para servidores auxiliares e técnicos que atuam nos serviços de farmácia da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e seus impactos na melhoria dos serviços de saúde. Os resultados obtidos na pesquisa evidenciaram evolução no desempenho dos servidores capacitados, os quais obtiveram melhor pontuação na Avaliação Final comparada à Avaliação Diagnóstica. Também foram encontrados resultados positivos na avaliação realizada pelos gestores e farmacêuticos quanto à performance dos servidores que concluíram o curso.

A metodologia ativa adotada permitiu e impulsionou os alunos a realizarem correlações entre o embasamento teórico apresentado nas aulas com suas diversas vivências. Tal fato corroborou com a solidificação do aprendizado e melhora no desempenho nas avaliações do curso e, principalmente, nos seus serviços rotineiros, pois houve troca ativa de experiências entre os participantes.

Segundo a perspectiva dos gestores e farmacêuticos, observou-se que capacitação promovida influenciou na melhoria dos serviços nas UBS. Porém é mister elucidar que o atendimento aos usuários nas farmácias deve ser realizado por um corpo de auxiliares e técnicos, supervisionados por farmacêuticos, e também pelo próprio farmacêutico, que é responsável pela gestão administrativa, logística e da clínica, incluindo a sua inserção no cuidado à saúde dos usuários, família e comunidade.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o desenvolvimento de ações de educação em saúde por gestores do SUS e pelas instituições de ensino. Ressalta-se a importância do uso de metodologia ativa de ensino e da realização de atividades de dispersão no local de trabalho sobre temas abordados nas aulas presenciais, objetivando melhores resultados no processo aprender-ensinar-aprender e, conseqüentemente, promovendo melhores práticas nos serviços de saúde.

Referências

1. Paim JS, Nunes TCM. Contribuições para um programa de educação continuada em saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 1992;8(3):262–9.
2. Peduzzi M, del Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, da Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: Concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de saúde em São Paulo. *Interface Commun Heal Educ*. 2009;13(30):121–34.
3. Freire, P. Educação como prática da liberdade. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
4. Scherer MD dos A, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: Um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):721–5.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União Poder Executivo*, Seção 1, 14 fev. 2004.
6. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)* 2004/2005; 9(16):161-177.

7. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Executivo, Brasília, 15 fev. 2017.
8. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 78 de 14 de fevereiro de 2017. Disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Executivo, Brasília, 15 fev. 2017.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.916/GM em 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 215, 30 out. 1998.
10. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n.96, 20 mai. 2004.
11. Carvalho MN, Álvares J, Costa KS, Guerra Junior AA, Acurcio FA, Costa EA, et al. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. *Rev de Saude Publica*. 2017;51 Suppl 2:16s
12. Melo DO de, Molino CGR da C, Ribeiro E, Romano-Lieber NS. Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2017;22(1):261–8.
13. Keresztes JM. Role of Pharmacy Technicians in the Development of Clinical Pharmacy. *Annals of Pharmacotherapy*. 2006; 40(11), 2015–2019.
14. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2): 149–56.
15. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line]* 2007 Mai-Ago [citado 07 Dez 2018]; 9(2): 389-401. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>.
16. Reis TM dos, Guidoni CM, Baldoni AO, Giroto E, Obreli Neto PR, Ayres LR, et al. Pharmacists in dispensing drugs (Pharmdisp): Protocol for a clinical trial to test the effectiveness of distance education in training pharmacists for dispensing drugs. *Brazilian J Pharm Sci*. 2018;54(1):1–13.
17. Roschke MA, Brito P, Palacios MA. Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de saúde: manual do educador. Washington: OPS/OMS, 2002.

18. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
19. Santos RJ dos, Sasaki DGG. Uma metodologia de aprendizagem ativa para o ensino de mecânica em educação de jovens e adultos. Rev Bras Ensino Física. 2015;37(3):3506-1-3506-9.
20. Pires SS. Aspectos Afetivos nos Processos de Ensino e de Aprendizagem de Língua Estrangeira na Meia-Idade. Porto Alegre. Tese [Doutorado] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
21. Horon K, Hennessey T, Gorman SK, Heukshorst S. Should pharmacy technicians provide clinical services or perform patient care activities in areas without a pharmacist? Can J Hosp Pharm. 2010;63(5):391-4.
22. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Nota Técnica Conjunta nº 01/2017-DIASF/CATES e COAPS/SAIS/SESDF, de 23 de outubro de 2017. Estabelece parâmetros e requisitos para manutenção e redistribuição dos servidores/auxiliares nas farmácias das UBS da SES/DF. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/MANUAL-DE-PARAMETROS.pdf>. Acesso em 22 dez 2018.

6.3 ARTIGO 3

Artigo a ser submetido

Implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos gestores e da equipe de saúde multiprofissional

Anna Heliza Silva Giomo^{1*}
Dayde Lane Mendonça da Silva²

¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

²Departamento de Farmácia - Universidade de Brasília

RESUMO: Mesmo em um cenário de importantes avanços quanto à inserção do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária, integrado à equipe de saúde, a sua implementação e solidez ainda é um desafio. O presente estudo teve como objetivo avaliar o desempenho dos farmacêuticos no desenvolvimento dos serviços clínicos e na interação com as equipes da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil, sob a perspectiva dos gestores, farmacêuticos e demais profissionais das equipes de saúde. Utilizou-se delineamento transversal, observacional, descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa e coleta de dados de outubro de 2018 a janeiro de 2019. Observou-se que houve melhora na interação do farmacêutico com a equipe de saúde, bem como o cumprimento da agenda de ações de cuidado após o serviço implantado. Os serviços clínicos farmacêuticos que tiveram maior frequência de realização foram a dispensação e as atividades de educação em saúde, seguidos pela revisão da farmacoterapia, conciliação e acompanhamento farmacoterapêutico. Compreender as diferentes percepções dos profissionais de saúde e gestores sobre os Serviços Clínicos Farmacêuticos auxiliou na identificação dos fatores que influenciam a efetiva inserção dos farmacêuticos no cuidado à saúde. Para que os objetivos das políticas públicas relativas à Assistência Farmacêutica se tornem práticas reais é necessário avançar na qualificação dos serviços farmacêuticos, por meio de estratégias que facilitem a interação do farmacêutico com a equipe interdisciplinar, com reforço na capacitação dos profissionais, fortalecendo as ações voltadas às necessidades dos usuários.

Palavras-chave: Cuidados Farmacêuticos, Assistência Farmacêutica, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família

Introdução

A implantação de novas práticas de cuidado em saúde passa por desafios multifatoriais que decorrem da complexidade própria dos sistemas e serviços de saúde. Assim, no planejamento de um novo serviço a ser ofertado, para antecipar e reparar os possíveis problemas de implantação, deve-se considerar o cenário em que ocorrerão as mudanças, os atores envolvidos, com suas características, práticas e impressões, bem como o contexto socio-cultural, econômico e político (1,2).

As políticas públicas subsidiam o acesso e a disponibilidade da terapia medicamentosa nos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), como também apontam para a necessidade de haver ações que fortaleçam o uso racional de medicamentos(3–5). Porém, para a execução dessas políticas, historicamente, se deu um peso maior às pautas relacionadas ao acesso ao medicamento, distanciando a Assistência Farmacêutica e o farmacêutico do cuidado à saúde (6). Nas últimas décadas, com o avanço da assistência, das tecnologias em saúde, da visão na promoção de saúde e prevenção de agravos e com a mudança no perfil de saúde da população, que envelheceu e agora convive com as doenças crônicas e comorbidades, o uso correto da farmacoterapia aparece com maior evidência(7). Reforça-se, então, a necessidade de adotar medidas para que a Assistência Farmacêutica integre as Redes de Atenção à Saúde, cooperando em todos os níveis de atenção, com olhar centrado no usuário e com interação com a equipe interdisciplinar(8,9).

O foco no trabalho interprofissional das equipes de saúde, com ênfase na Atenção Primária, estão presentes em diversos países, como Reino Unido, Canadá e Estados Unidos(10). No Brasil, essa abordagem também pode ser observada com a crescente inserção de outras categorias profissionais na estratégia saúde da família (ESF), além da equipe mínima. Um exemplo disso foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, e sua remodelação em 2017, com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), passando a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)(11). Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann(12) afirmam que o trabalho multidisciplinar é elemento fundamental para o aperfeiçoamento da ESF, por propiciar o desenvolvimento de ideias que serão discutidas por diferentes pontos de vista, agregando qualidade na atenção recebida pelas pessoas.

O farmacêutico pode somar ao cuidado aos usuários fornecendo avaliações das condições de saúde com foco no gerenciamento de medicamentos e nas ações de educação, diretamente aos usuários ou em apoio aos membros da equipe(10). Mas para isso é importante que o profissional farmacêutico tenha habilidades de comunicação nas relações interpessoais e humanísticas, associadas aos conhecimentos técnico-científicos acerca da farmacoterapia e ao uso racional de medicamentos(6).

Para tal feito, é igualmente necessário que seja dado apoio ao farmacêutico, por meio de estratégias que permitam que a Assistência Farmacêutica promova a disponibilidade dos medicamentos nos pontos de atenção, mas que haja também inclusão do farmacêutico nas ações de cuidado. Essa integração dos serviços clínicos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido realizada no Brasil, porém enfrenta desafios para sua concretude (8,13), carecendo ser investigada para identificar quais são as barreiras e os facilitadores para a sua implementação. Hossain (1) afirma que esses fatores tem sido amplamente pesquisados sob o ponto de vista dos farmacêuticos, porém não na perspectiva dos demais atores interessados e que podem influenciar a implementação do Cuidado Farmacêutico.

Em março de 2017, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) lançou o projeto de Implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, responsável por capacitar os profissionais, implantar e normatizar os serviços clínicos no âmbito da APS no SUS/DF. Desta forma, este estudo buscou descrever o perfil dos farmacêuticos e serviços clínicos por eles realizados, bem como avaliar, sob a perspectiva dos gestores e profissionais de saúde da APS, o desempenho dos farmacêuticos na realização desses serviços e na interação com as equipes de saúde, após o processo de implantação do cuidado farmacêutico.

Metodologia

O estudo é do tipo transversal, observacional, descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa e coleta dos dados realizada no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019, por meio da aplicação de questionários estruturados aos gestores, farmacêuticos e demais membros da equipe de saúde de Unidades Básicas de Saúde que participaram do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico da SES/DF.

Foram elaborados 3 tipos de questionários com questões semelhantes, diferenciando apenas na linguagem para adaptação aos grupos de participantes, precedidas com a frase *“As perguntas a seguir deverão ser respondidas a partir das suas observações de MUDANÇAS no atendimento e serviços prestados pelo farmacêutico, APÓS a implantação do Cuidado Farmacêutico. Utilize a seguinte afirmação para facilitar o raciocínio: “Após o início das ações de cuidado farmacêutico...”*. Os questionários dispunham de questões cujas as respostas seguiram a escala de Likert, da seguinte forma: concordo plenamente; concordo; não concordo nem discordo; discordo ou discordo plenamente. Após coleta, as respostas foram pontuadas de 1 a 5, com a menor pontuação para “discordo plenamente” e a maior para “concordo plenamente”; foi então calculada média e desvio padrão. Foi considerado que houve melhoria no desempenho do farmacêutico quando pontuação igual ou maior que 4, e que não houve melhoria quando menor que 4.

No formulário aplicado aos farmacêuticos também havia questões relativas às atividades e serviços clínicos realizados. Na análise dos dados foram considerados como serviços clínicos farmacêuticos as atividades de cuidado realizadas pelos farmacêuticos, prestadas diretamente aos usuários, famílias e comunidades, em atendimento individual e/ou compartilhado com a equipe de saúde, a saber: rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, dispensação, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico(14).

Foram incluídos no estudo os gestores, farmacêuticos e membros das equipes de saúde das UBS participantes do projeto do Cuidado Farmacêutico da SES/DF. No entanto, foram excluídos os profissionais das UBS em que, por qualquer motivo, houve a interrupção das atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico. Foram também excluídos os profissionais que ficaram de licença ou afastamentos por mais de 60 dias no período após a implantação do novo serviço. Foi considerado como membro da equipe os profissionais de todas as categorias que compõe a equipe de saúde da família (eSF) – agente comunitário de saúde, auxiliar e técnico de enfermagem, enfermeiro e médico – e os integrantes do Nasf-AB, conforme definido em Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018 da SES-DF – assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.(15)

As variáveis coletadas nos questionários foram: idade, sexo, escolaridade, categoria profissional na SES/DF, interação e comunicação entre o farmacêutico e a equipe de saúde; ações de cuidado à saúde; tipos de serviços clínicos farmacêuticos realizados; e tempo dedicado às atividades clínicas.

Os dados foram sistematizados em tabela do programa *Excel*[®], Microsoft Office Professional Plus 2016, e a descrição das variáveis categóricas foi realizada por meio do cálculo das frequências absolutas (N) e relativas (%), as variáveis contínuas foram reportadas por estatística de posição e dispersão (médias, desvios-padrão, valores mínimo e máximos). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES-DF), sob número de parecer 2.707.260 e CAAE 89666918.8.0000.5553. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Inicialmente, foram convidados para a entrevista os 12 farmacêuticos que participaram do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico da SES-DF, destes, 8 responderam ao questionário, porém um deles informou estar de licença a mais de 60 dias e também não estar realizando os serviços clínicos farmacêuticos. Posteriormente, foram convidados os gestores – gerentes ou supervisores – e os profissionais de saúde integrantes da eSF e do Nasf-AB das 11 UBS remanescentes, pois excluiu-se a UBS cujo farmacêutico estava de licença. Desta forma, obteve-se resposta de 7 farmacêuticos, 8 gestores e de 45 membros das equipes de saúde, totalizando 60 participantes da pesquisa.

Conforme demonstrado na Tabela 1, a maioria dos farmacêuticos participantes da pesquisa era mulher (57,14%; n=4), idade média de 39,14 anos ($\pm 8,75$; mín-máx= 32 – 52), com mais de 11 anos de formados (71,43%; n=5), sendo a média de 15,43 anos ($\pm 9,03$; mín-máx= 7 – 28). Quanto aos cursos de pós-graduação, a maior parte relatou possuir especialização *Lato Sensu* (85%; n=6) e apenas 28,57% (n=2) mestrado. A maioria dos farmacêuticos informou dedicar, semanalmente, 11 a 20 horas (57,14%; n=4), das 40 horas do vínculo estatutário com a SES/DF, para a realização de atividades do Cuidado Farmacêutico.

Tabela 1. Perfil dos farmacêuticos que participaram do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF, entrevistados no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019 (n = 7).

Variáveis de interesse	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	4	57,14
	Masculino	3	42,86
Idade	De 30 a 40	5	71,43
	De 41 a 55	2	28,57
Escolaridade	Especialização	6	85,71
	Mestrado	2	28,57
Tempo de Formado	De 5 a 10 anos	2	28,57
	De 11 a 15 anos	3	42,86
	De 16 a 30 anos	2	28,57
Tempo médio semanal dedicado às ações de cuidado	De 7 a 10 horas	1	14,29
	De 11 a 20 horas	4	57,14
	De 21 a 30 horas	1	14,29
	De 31 a 40 horas	1	14,29

Quanto ao grupo dos gestores, houve equivalência entre homens e mulheres (50%; n=4), a idade média foi de 40,75 anos ($\pm 6,07$; mín-máx= 32 – 50). Todos possuíam nível superior (100%; n=8) e a maioria era composta por enfermeiros (37,50%; n=3) e técnicos administrativos (37,50%; n=3). (Tabela 2)

Tabela 2. Perfil dos gestores das UBS participantes do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF, entrevistados no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019 (n = 8).

Variáveis de interesse	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	4	50,00
	Masculino	4	50,00
Idade	De 30 a 40 anos	4	50,00
	De 41 a 50 anos	4	50,00
Escolaridade	Nível Superior	8	100,00
Cargo efetivo na SES/DF	Enfermeiro	3	37,50
	Médico	1	12,50
	Odontólogo	1	12,50
	Técnico Administrativo	3	37,50

No grupo formado pelos profissionais de saúde observou-se majoritariamente presença de mulheres (75,56%; n=34), a maioria tinha entre 30 a 40 anos de idade, com média de 42,74 anos ($\pm 8,58$; mín-máx= 29 – 65) e pertencentes, no total, a categorias profissionais que exigem formação de nível superior (66,67%; n=30). Isoladamente, a categoria em maior número foi a de técnico de enfermagem (17,78%; n=8). (Tabela 3)

Tabela 3. Perfil das equipes de saúde das UBS participantes do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF, no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019 (n = 45).

Variáveis de interesse	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	34	75,56
	Masculino	11	24,44
Idade	De 30 a 40 anos	23	51,11
	De 41 a 50 anos	12	26,67
	De 51 a 60 anos	8	17,78
	Não informado	2	4,44
Categoria profissional na equipe de saúde	Nível fundamental	7	15,56
	Agente Comunitário de Saúde	6	13,33
	Auxiliar de enfermagem	1	2,22
	Nível médio	8	17,78
	Técnico de Enfermagem	8	17,78
	Nível superior	30	66,67
	Assistente Social	6	13,33
	Enfermeiro	5	11,11
	Fisioterapeuta	3	6,67
	Fonoaudiólogo	2	4,44
	Médico	6	13,33
	Nutricionista	6	13,33
	Terapeuta Ocupacional	2	4,44

Na avaliação acerca da comunicação e da interação do farmacêutico com a equipe de saúde, sob o ponto de vista dos farmacêuticos, a média geral das respostas às questões foi de $4,39 \pm 0,57$ (mín-máx= 3 – 5). As maiores médias foram referentes às questões 1 e 2 (4,71) e a menor foi a referente à questão 9 (4,00), conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4. Avaliação pelos farmacêuticos acerca da melhoria na interação com a equipe de saúde após a implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF (N=7).

Questionário (Após a implantação do Cuidado Farmacêutico...)	Média*	Desvio padrão
1. eu e demais profissionais da equipe de saúde nos comunicamos abertamente um com o outro.	4,71	0,45
2. eu informo aos demais profissionais da equipe de saúde sobre os medicamentos disponíveis na farmácia.	4,71	0,70
3. eu informo aos demais profissionais da UBS sobre o serviço do Cuidado Farmacêutico e outros serviços que eu forneço.	4,43	0,49
4. os demais profissionais da equipe de saúde me contatam para obter informações específicas sobre determinado medicamento.	4,57	0,49
5. os demais profissionais da equipe de saúde me contatam para obter informações específicas sobre determinado usuário.	4,14	0,64
6. entro em contato com a equipe para discutir ajustes no plano terapêutico do usuário.	4,14	0,64
7. os profissionais da equipe aceitam as intervenções que sugiro.	4,29	0,45
8. os demais profissionais da equipe compartilham comigo informações sobre os usuários.	4,29	0,45
9. os demais profissionais da equipe de saúde me envolvem em decisões relacionadas aos usuários.	4,00	0,00
10. as minhas conversas com a equipe de saúde me ajudam a proporcionar um melhor cuidado aos usuários.	4,57	0,49
Média geral	4,39	0,57

*Para cada item, o intervalo de nota foi de um (discordo plenamente) a cinco (concordo plenamente)

Sob a ótica dos gestores, a média geral das respostas foi de 4,68 ($\pm 0,8$; mín-máx= 2 – 5), sendo que a questão 2 computou a menor média (4,00) e a maior foi referente à questão de número 4 (5,00). (Tabela 5)

Tabela 5. Avaliação pelos gestores acerca da melhoria na interação entre o farmacêutico e a equipe de saúde após a implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF (N=8).

Questionário (Após a implantação do Cuidado Farmacêutico...)	Média*	Desvio padrão
1. observo a existência de comunicação aberta entre o farmacêutico e os demais profissionais da equipe de saúde.	4,88	0,35
2. a equipe envolve o farmacêutico em decisões relacionadas aos usuários.	4,00	1,41
3. percebo o envolvimento do farmacêutico nas ações de educação voltadas à equipe e à comunidade.	4,88	0,35
4. observo que existe empenho do farmacêutico para desenvolver as atividades do Cuidado, voltadas a equipe de saúde e aos usuários, além das habituais atividades relacionadas a logística de medicamentos.	5,00	0,00
5. o farmacêutico está incluído na rotina de atividades e processos de trabalho da unidade de saúde voltadas às ações de cuidado.	4,63	0,74
Média geral	4,68	0,80

*Para cada item, o intervalo de nota foi de um (discordo plenamente) a cinco (concordo plenamente)

A Tabela 6 demonstra que a média geral das respostas dos profissionais das equipes de saúde foi de $4,29 \pm 1$ (mín-máx= 1 – 5). A questão que recebeu menor média foi a de número 9 (3,89) e a questão 4 foi a com maior média (4,71).

Tabela 6. Avaliação pelos profissionais de saúde acerca da melhoria na interação entre o farmacêutico e a equipe de saúde após a implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF (N=45).

Questionário (Após a implantação do Cuidado Farmacêutico...)	Média*	Desvio padrão
1. o farmacêutico e eu nos comunicamos abertamente um com o outro.	4,60	0,72
2. recebo informações do farmacêutico sobre os medicamentos disponíveis na farmácia.	4,11	1,11
3. sou informado pelo farmacêutico sobre o serviço clínico e demais serviços oferecidos por ele.	4,22	1,11
4. entro em contato com o farmacêutico quando preciso de informações específicas sobre determinado medicamento.	4,71	0,51
5. procuro o farmacêutico para obter informações específicas sobre determinado usuário.	4,11	1,15
6. o farmacêutico entra em contato comigo para discutir plano terapêutico do usuário.	3,96	1,17
7. acato as intervenções sugeridas pelo farmacêutico.	4,45	0,73
8. compartilho com o farmacêutico informações sobre determinado usuário.	4,24	1,07
9. a equipe envolve o farmacêutico em decisões relacionadas aos usuários.	3,89	1,09
10. as minhas conversas com o farmacêutico me ajudam a proporcionar um melhor cuidado aos usuários.	4,62	0,83
Média geral	4,29	1,00

*Para cada item, o intervalo de nota foi de um (discordo plenamente) a cinco (concordo plenamente)

Todos os farmacêuticos que participaram da pesquisa informaram que, nos últimos 60 dias antecedentes a data da entrevista, haviam realizado atividades relacionadas à assistência à saúde por meio de consultas farmacêuticas, ações educativas com a comunidade e reuniões do Nasf-AB (100%; n=7). A maioria dos farmacêuticos relatou também ter realizado visita domiciliar (71%; n=5), consulta compartilhada com outro profissional (85%; n=6) e ter participado de reuniões com a eSF (85%; n=6). Apenas 28% (n=2) informou ter realizado ações relacionadas às Práticas Integrativas em Saúde. (Figura 1)

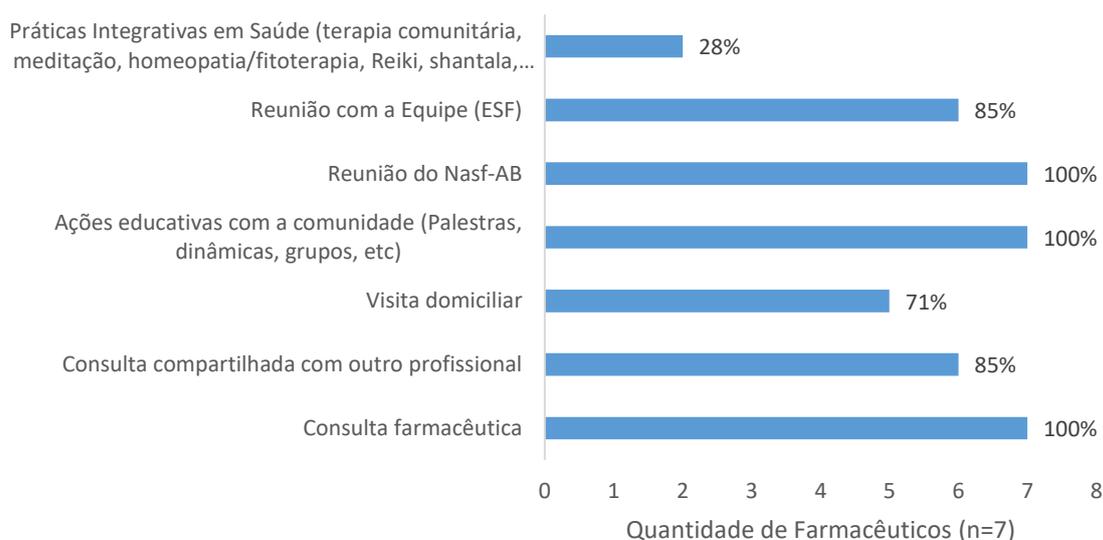


Figura 1. Percentual das atividades relacionadas à assistência à saúde realizadas pelos farmacêuticos nos últimos 60 dias antecedentes à entrevista realizada em outubro/2018 a janeiro/2019

Tabela 7. Frequência dos serviços clínicos realizados pelos farmacêuticos após a implantação do Cuidado Farmacêutico na APS da SES/DF, informada em entrevista realizada de outubro de 2018 a janeiro de 2019 (N=7).

Serviços	Sempre		Muitas vezes		Às vezes		Raramente		Nunca	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rastreamento em saúde	0	0,00	1	14,29	3	42,86	2	28,57	0	0,00
Educação em saúde	1	14,29	4	57,14	2	28,57	0	0,00	0	0,00
Dispensação	2	28,57	4	57,14	1	14,29	0	0,00	0	0,00
Manejo de problema de saúde autolimitado	0	0,00	1	14,29	4	57,14	2	28,57	0	0,00
Conciliação medicamentosa	1	14,29	3	42,86	2	28,57	1	14,29	0	0,00
Revisão da farmacoterapia	1	14,29	3	42,86	3	42,86	0	0,00	0	0,00
Gestão da condição de saúde	1	14,29	2	28,57	2	28,57	1	14,29	0	0,00
Acompanhamento/seguiment o farmacoterapêutico	1	14,29	3	42,86	2	28,57	1	14,29	0	0,00

Os serviços clínicos mais realizados pelos farmacêuticos foram a dispensação em primeiro lugar (Sempre 28,57%; n=2; Muitas vezes 57,14%; n=4), em segundo atividades de educação em saúde (Sempre 14,29; n=1; Muitas vezes 57,14%; n=4), em terceiro a revisão da farmacoterapia (Sempre 14,29 n= 1; Muitas vezes 42,86 n=3%; às vezes 42,86%; n=3) e em quarta posição ficaram a conciliação medicamentosa (Sempre 14,29% n=1; Muitas vezes 42,86 n=3%; às vezes 28,57%;

n=2) e o acompanhamento farmacoterapêutico (Sempre 14,29% n=1; Muitas vezes 42,86 n=3%; às vezes 28,57%; n=2). O rastreamento em saúde foi a prática clínica farmacêutica com menor ocorrência (Às vezes 42,86%; n=3; Raramente 28,57%; n=2). (Tabela 7)

Discussão

Conhecer as percepções e opiniões dos atores que interagem e influenciam ou são afetados pelos serviços clínicos farmacêuticos, como os agentes comunitários, enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, gestores, o próprio farmacêutico e o paciente, permite identificar os fatores que facilitam e dificultam a implantação do Cuidado Farmacêutico (1).

Assim, nessa pesquisa foram ouvidos trabalhadores de diferentes categorias profissionais e os gestores da maioria das UBS em que o Cuidado Farmacêutico foi implantado no SUS do Distrito Federal. A participação de profissionais ocupantes de variados cargos, com diferentes níveis de escolaridade e papéis diversificados nas equipes de saúde, que possuem níveis de relação distintos com o cuidado farmacêutico, trouxe uma visão ampla e multidisciplinar para a pesquisa.

A interação constante e intensa entre os trabalhadores é essencial para a realização das tarefas assistenciais e do atendimento integral na área da saúde e, para isso, é imprescindível que todos da equipe tenham consciência da necessidade de comunicar-se abertamente um com o outro, em busca de uma prática democrática, integrada, criativa, saudável, sem rotulações nem desgaste das relações interpessoais (16).

Os resultados demonstraram que houve concordância entre gestores, farmacêuticos e demais profissionais de saúde sobre a melhoria na interação dos farmacêuticos com as equipes de saúde após a implantação do Cuidado Farmacêutico, contribuindo com as ações de assistência à saúde. Isso pode ser observado pelo alto nível de concordância entre os grupos participantes da pesquisa, com a médias gerais acima de 4,00. Destaca-se as maiores pontuações e baixo desvio-padrão nas questões que tratavam sobre a existência de comunicação aberta entre o farmacêutico e os demais profissionais da equipe de saúde. Além disso, tanto os farmacêuticos quanto a equipe de saúde concordaram que a maior interação entre eles proporciona melhor cuidado aos usuários.

Por outro lado, identificou-se que as médias mais baixas foram relativas às questões que objetivavam verificar se havia, por parte da equipe, envolvimento do farmacêutico nas ações de cuidado aos usuários. Outro estudo realizado para avaliar a colaboração interprofissional entre farmacêuticos e médicos da Atenção Primária, observou que, de forma geral, há um bom nível de realização de trabalho colaborativo entre eles, porém, a maioria dos farmacêuticos disseram que os médicos não tinham tempo disponível para discussão sobre a farmacoterapia dos usuários (17). Uma das razões para que as equipes não envolvam ou acionem pouco o farmacêutico nas ações de cuidado podem estar relacionadas com a elevada demanda de atendimentos individuais da equipe médica e de enfermagem, o que é enraizado pela forma de medir e avaliar a produção desses profissionais, quantidade versus tempo. Outro ponto passa pela formação e a experiência de cada um dos profissionais, a facilidade e/ou dificuldade em compartilhar experiências e decisões. Também há que se considerar os fatores externos como a forma de organização da rede de atenção, as referências do território, a suficiência para atender à demanda existente sem gerar sobrecarga em todos os níveis de atenção (12,18).

Além disso, estudos auxiliam a compreender que os outros profissionais de saúde ainda não conhecem o trabalho clínico do farmacêutico e que têm compreensão limitada sobre a capacidade do farmacêutico em atuar na clínica, reconhecendo-o como apenas um fornecedor de medicamentos (1,19). A presente pesquisa também demonstrou que o farmacêutico é procurado pela equipe quando a temática é o acesso aos medicamentos, o que pode ser observado com as médias elevadas na pontuação das questões que abordavam se havia interação entre o farmacêutico e a equipe para obter informações específicas sobre determinado medicamento ou sobre sua disponibilidade no estoque da farmácia. Isso reforça que ainda há um peso das ações de logística voltadas apenas para o medicamento, sem considerar o foco centrado no paciente e suas reais necessidades.

Nos resultados foi observado que, apesar da maioria dos farmacêuticos possuírem especialização, eles vêm de um longo tempo de formação, o que demonstra que, possivelmente, não obtiveram na graduação conhecimentos centrados na clínica, visto que as antigas Diretrizes Curriculares Nacionais, incluindo a Resolução CNE/CES 2/2002, para o curso de farmácia pouco abordavam a temática do cuidado à saúde e dos serviços clínicos farmacêuticos (6,20,21). Uma metassíntese qualitativa realizada na Austrália, verificou que tanto pacientes quanto

médicos observaram necessidade dos farmacêuticos passarem por qualificação e treinamento para fornecerem melhores serviços clínicos(1). Gastelurrutia et al (22) consideram que a falta de orientação clínica na formação universitária e a ausência de atitude dos farmacêuticos sobre a mudança que tem ocorrido em sua atuação profissional são barreiras para a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos.

Há também uma outra dificuldade para a remodelagem dos serviços farmacêuticos no contexto da Atenção Primária, que é o tempo disponível do farmacêutico para a realização das atividades de cuidado. Isto porque o farmacêutico possui uma alta carga de trabalho relacionada às atividades técnico-gerenciais, as quais estão vinculadas à responsabilidade pela farmácia ambulatorial e pelo abastecimento de medicamentos e insumos das salas de medicação, vacina, odontologia, laboratório e dos demais materiais utilizados nos serviços como luvas, seringas, esparadrapo, entre outros. Uma estratégia para transpor essa barreira é conciliar o tempo dedicado às atividades técnico-gerenciais com as clínico-assistenciais e a técnico-pedagógicas, com o apoio de corpo de técnicos e auxiliares de farmácia treinados, sob a coordenação e supervisão do farmacêutico, que, por sua vez, terá parte da carga horária para exercer atividades assistenciais (23,24). Nas entrevistas foi observado que o tempo dedicado às ações de cuidado pela maioria dos farmacêuticos foi de cerca de 11 a 20 horas por semana. Além disso, a maioria dos gestores entrevistados concordou que existe empenho do farmacêutico para desenvolver as atividades do Cuidado, voltadas a equipe de saúde e aos usuários, além das habituais atividades relacionadas a logística de medicamentos.

Esses achados evidenciam que há um cenário favorável para a prática clínica no DF, seja por interesse do farmacêutico seja pelo apoio da gestão. Contudo, depreende-se que o farmacêutico está em desvantagem quando comparado aos demais profissionais por ser a única categoria a ter apenas um representante para se dividir entre as funções técnico-gerenciais e as assistenciais. Há que se considerar, essencialmente, a importância da responsabilidade técnica do farmacêutico durante todo o tempo de funcionamento da farmácia, para garantir a proteção e segurança dos usuários de medicamentos. Assim, o SUS impescinde de atender aos preceitos das normas legais que regem as farmácias comunitárias, e uma das formas de se fazer isso é com a previsão de mais de um farmacêutico por serviço, para que haja compatibilidade da carga horária com o volume de atribuições dessa categoria profissional (25).

A experiência de implantação dos serviços de cuidado farmacêutico em Curitiba, destacou que o olhar visionário da gestão foi importante para que o farmacêutico pudesse exercer atividades relativas ao cuidado clínico do paciente com a equipe multidisciplinar(24). Estudo realizado no Distrito Federal em 2016, identificou haver maior frequência na realização dos serviços clínicos nas condições em que os farmacêuticos percebiam melhor nível de adequação de infraestrutura física, recebiam maior apoio da gestão e equipe de saúde e apresentavam maior inserção nas atividades do NASF(26).

De maneira convergente, na SES/DF, o projeto de implantação do cuidado farmacêutico, lançado em 2017, foi uma iniciativa da gestão da Assistência Farmacêutica, que também obteve forte apoio da gestão central, bem como a participação dos gestores locais(23). Outra medida que corroborou com o fortalecimento das ações de cuidado farmacêutico no DF, foi a incorporação, em 2018, do farmacêutico na composição da equipe Nasf-AB, considerando a organização de horário na agenda para a realização das atividades clínicas individuais e em conjunto com a equipe multiprofissional (15). Com a presente pesquisa evidenciou-se que os farmacêuticos têm cumprido as recomendações desses instrumentos normativos com a realização das consultas individualizadas e compartilhadas, ações educativas com a comunidade e reuniões do Nasf-AB, além dos atendimentos domiciliares que são importantes para a formação de vínculo e conhecimento mais profundo dos hábitos dos usuários, especialmente os relacionados ao uso e armazenamento dos medicamentos.

Destaca-se que uma pequena parte dos farmacêuticos informaram realizar ações das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). As PICS foram estabelecidas como uma Política no SUS apenas em 2006 e surgiu em resposta a demandas sociais para que houvesse oferta de serviços e produtos da homeopatia, plantas medicinais, fitoterápicos, medicina chinesa e antroposófica (27). Estudos afirmam que os usuários e profissionais de saúde tem boa aceitação pela fitoterapia e por outras práticas integrativas em saúde (28,29). Mesmo havendo reconhecimento da fitoterapia pelos conselhos de classe de medicina, enfermagem e farmácia, muitos desses profissionais ainda não se sentem preparados e com segurança para atuar na área, desta forma, faz-se necessário o incentivo para ampliação da discussão sobre o tema, como também para a garantia da oferta desses insumos nas Unidades de Saúde (28). Um estudo realizado em um município do Ceará identificou que a

prevalência de fitoterápicos nas prescrições foi de 20,6% e que as principais indicações terapêuticas desses produtos foram para doenças respiratórias e cutâneas e para o diabetes mellitus (30). Trata-se, portanto, de um campo importante para a atuação do farmacêutico, ainda a ser explorado.

Evidenciamos que a dispensação foi o serviço clínico mais comum entre os farmacêuticos, seguido pelas ações de educação em saúde e revisão da farmacoterapia. Esses resultados foram semelhantes aos encontrados por Barros (26), que também identificou a dispensação, a orientação e as atividades técnico-pedagógicas como as mais frequentes no DF. No entanto, no presente estudo, houve registro de aumento nas ações de revisão da farmacoterapia, conciliação medicamentosa, acompanhamento farmacoterapêutico, o que reflete uma melhora nos serviços após a implantação do Cuidado Farmacêutico. Convergindo com os achados, uma pesquisa de cunho nacional também evidenciou que os serviços clínicos farmacêuticos mais ofertados no país foram a orientação terapêutica individual ou em grupos, seguido pela dispensação(13).

A dispensação é realizada, essencialmente, no ambiente da farmácia, podendo ser em guichê ou em sala de atendimento do farmacêutico e, possivelmente, pela alta demanda ou por conveniência, esse tenha sido o serviço mais referido pelos farmacêuticos. Contudo, ressalta-se que a dispensação não deve ser confundida com apenas o fornecimento ou entrega do medicamento com prestação de informações gerais. Leite et al (31) destacam que a dispensação tem sido nacional e internacionalmente negligenciada e compreendida de forma simplista como cumprimento de normas legais ou mera burocracia. De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (PNM) a dispensação é um ato do profissional farmacêutico, no qual ele proporciona os medicamentos ao paciente, geralmente, em resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado, fornecendo orientação quanto ao uso adequado dos medicamentos. A PNM ainda ressalta que essa orientação deve contemplar, entre outras questões, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos(3). Assim, é necessário reforçar que a dispensação transcende a simples oferta de medicamentos, ela considera as necessidades dos usuários, em suas particularidades, seu objetivo é promover acesso aos medicamentos, mas sobretudo, o seu uso racional(13,31).

A educação em saúde, que aparece nos resultados como segunda prática mais realizada pelos farmacêuticos entrevistados, está relacionada ao desenvolvimento da responsabilidade nas pessoas por sua própria saúde e pela saúde da comunidade, é uma ação ampla permeada por questões sociais, políticas, culturais, individuais e coletivas(32). Portanto, requer do profissional conhecimento técnico-científico, habilidades de comunicação e sensibilidade para compreender o contexto de vida das pessoas.

Porém, tanto a dispensação quanto a educação em saúde podem aparentar exigir do farmacêutico menor aprofundamento e qualificação quanto aos aspectos farmacológicos e fisiopatológicos, uma vez que são ações pontuais em situações mais delimitadas. Já ações como a conciliação, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico e gestão da doença, claramente exigem que o profissional se engaje nos estudos da literatura, protocolos clínicos e base de dados e esteja sempre atualizado para que suas intervenções sejam baseadas em evidências científicas(14). Além disso, essas atividades demandam mais tempo e dedicação por haver seguimento dos usuários, com encontros subsequentes, nos quais haverá monitoramento das metas e resultados estabelecidos e avaliação da qualidade das intervenções farmacêuticas(14). Nessas ações o farmacêutico deve ser efetivo e estar respaldado para debater os casos clínicos com os demais profissionais de saúde.

Mesmo diante a fortes evidências de que os serviços clínicos aproximam o farmacêutico das reais necessidades dos usuários, aperfeiçoa o uso dos medicamentos, reduz efeitos adversos da terapia medicamentosa e melhora as condições de saúde dos pacientes(10,33,34), essas práticas assistenciais ainda são bastante limitadas nos serviços de saúde(8,13). Para alcançar o equilíbrio entre as funções do farmacêutico voltadas para a logística do medicamento e as de cuidado à saúde dos usuários faz-se necessário maior investimento e patrocínio dos gestores na ampliação da carga horária e na qualificação dos farmacêuticos para viabilizar o desenvolvimento das atividades clínicas, bem como apoiar o fortalecimento da integração dos farmacêuticos com as equipes de saúde e tornar mais claro o papel do cuidado farmacêutico nas ações de saúde.

Como limitação do estudo, não foram entrevistados os usuários do serviço, como também não se avaliou os impactos nas condições de saúde após o atendimento clínico pelo farmacêutico.

Conclusão

Nesse estudo foi identificado o perfil dos farmacêuticos e dos serviços clínicos por eles realizados, bem como foi avaliado o desempenho deles na execução dos serviços e na interação com as equipes de saúde, após a implantação do Cuidado Farmacêutico. Foi possível observar que os farmacêuticos participantes do projeto de implantação já eram formados há um longo período de tempo, o que permitiu depreender que eram oriundos de uma formação tradicional, sem a ênfase no cuidado à saúde. Observou-se também que os farmacêuticos são acionados pelas equipes quando o tema é relativo à disponibilidade de medicamentos, mas ainda são pouco envolvidos nas tomadas de decisão clínica. Isso pode estar relacionado ao nível de qualificação dos farmacêuticos, como também ao nível de compreensão que os demais profissionais de saúde têm sobre a atuação do farmacêutico na integralidade do cuidado.

Apesar disso, houve concordância entre os participantes sobre a melhoria na interação entre os farmacêuticos e as equipes de saúde após a implantação do projeto Cuidado Farmacêutico, o que pode trazer um incremento da assistência à saúde. Identificou-se ainda que a maioria dos farmacêuticos tem dedicado parte de sua carga horária para a realização de serviços clínicos prestados diretamente aos usuários, de forma individual e coletiva, integrado com a equipe de saúde, o que demonstra cumprimento da agenda proposta pelo projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico.

Em que pese a dispensação e as atividades de educação em saúde serem os serviços clínicos mais realizados pelos farmacêuticos do estudo, evidenciou-se que houve aumento da realização de outros serviços, como a revisão da farmacoterapia, conciliação medicamentosa e acompanhamento farmacoterapêutico. Isso demonstra que o projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico trouxe avanços para o SUS do Distrito Federal, em consonância com a mudança necessária na profissão farmacêutica, e, ao mesmo tempo, faz um alerta de que é preciso estratégias para institucionalizar os serviços clínicos farmacêuticos na saúde pública.

As melhores práticas farmacêuticas no cuidado aos usuários ocorrerão quando houver mais incentivos à qualificação dos farmacêuticos, ao exercício da interprofissionalidade e à quebra do paradigma de que Assistência Farmacêutica é apenas provedora de medicamentos. Espera-se que os achados desse trabalho

complementem as descobertas de pesquisas anteriores na compreensão dos desafios dos processos de implantação do Cuidado farmacêutico nos serviços públicos de saúde.

Referências

1. Hossain LN, Fernandez-Llimos F, Lockett T, Moullin JC, Durks D, Franco-Trigo L, et al. Qualitative meta-synthesis of barriers and facilitators that influence the implementation of community pharmacy services: Perspectives of patients, nurses and general medical practitioners. *BMJ Open*. 2017;7(9).
2. Grol R, Grimshaw J. Research into practice I From best evidence to best practice : effective implementation of change in patients ' care. *Res into Pract*. 2003;362:1225–30.
3. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 215, 30 de outubro de 1998. Brasil; 1998.*
4. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n.96, 20 de maio Brasil; 2004.*
5. Bruns S de F, Luiza VL, Oliveira EA de. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. *Rev Adm Pública*. 2014;48(3):745–65.
6. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev Bras Ciências Farm*. 2008;44(4).
7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012. 515 p.
8. Costa EA, Sodré PA, Penaforte TR, Barreto JL, Guerra-Junior AA, Acurcio F de A, et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária a saúde, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:1–11.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª Edição. SAÚDE OP-A DA,

- organizador. *Ciência & Saúde Coletiva*. Brasília; 2011. 549 p.
10. Jorgenson D, Laubscher T, Lyons B, Palmer R. Integrating pharmacists into primary care teams: Barriers and facilitators. *Int J Pharm Pract*. 2014;22(4):292–9.
 11. 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). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017 Brasil; 2017.
 12. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1499–510.
 13. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1181–91.
 14. Conselho Federal de Farmácia. *Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual*. Brasília; 2016. 200 p.
 15. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018. Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. DODF nº 101 de 28 de maio de 2018. Brasil; 2018.
 16. Francischini AC, Moura SDRP, Chinellato M. A importância do trabalho em equipe no programa saúde da família. *Investigação*. 2008;8(1–3):25–32.
 17. Ministério da Saúde. *Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1)*. Vol. 1. Brasília; 2014. 108 p.
 18. Santos RAB de G dos S, Uchôa-Figueiredo L da R, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde em Debate*. 2017;41(114):694–706.

19. Rieck A, Pettigrew S. How physician and community pharmacist perceptions of the community pharmacist role in Australian primary care influence the quality of collaborative chronic disease management. *Qual Prim Care*. 2013;21(2):105–11.
20. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, 9. Brasil; 2002.
21. Ministério da Educação. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. *Diário Oficial da União* nº 202, 20 de outubro de 2017, Seção 1, 30. Brasil; 2017.
22. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barriers for the implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. *Aten Primaria*. 2007;39(9):465–70.
23. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica nº 02/2017 – GCBAF/DIASF/CATES/SAIS/SES-DF nº 2 de 05 de junho de 2017 Br [Internet]. Brasil; 2017. Available at: <http://www.saude.df.gov.br/informes-tecnicos-da-assistencia-farmaceutica/>
24. Ministério da Saúde. Planejamento e Implantação de Serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a Experiência de Curitiba. *Cuidado Farmacêutico na atenção básica - Caderno 3*. Brasília; 2014. 122 p.
25. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 ago. 2014. Seção 1, p. 1, Edição Extra. Brasil; 2014.
26. Barros DSL. Serviços farmacêuticos clínicos da atenção primária à saúde do Distrito Federal. [Internet]. Universidade de Brasília; 2018. Available at: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/33164>
27. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971, DE 3 DE MAIO DE 2006. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, nº 84, seção I, p. 20–24, Brasília, 04 maio

2006. Brasil; 2006.
28. Machado DC, Czermainski SBC, Lopes E et. a., Lopes EC. Percepção dos coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas. *Saúde em Debate* [Internet]. 2012;36:615–23. Available at: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2012.v36n95/615-623/>
 29. Marques LAM, de Vale FVVR, dos Santos Nogueira VA, 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.
 30. Silva MIG, Gondim APS, Nunes IFS, Sousa FCF. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). *Rev Bras Farmacogn*. 2006;16(4):455–62.
 31. Leite SN, Bernardo NLM da C, Álvares J, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. *Rev Saude Publica*. 2017;51:1s–10s.
 32. Frade JCQP. Desenvolvimento e avaliação de um programa educativo relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais [Dissertação]. Belo Horizonte: Fiocruz; 2006.
 33. Lyra-Junior DP, Rocha CE, Abriata JP, Gimenes FRE, Gonzalez MM, Pelá IR. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. *Patient Educ Couns*. 2007;68(2):186–92.
 34. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(7).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diversidade de métodos utilizados no presente estudo permitiu compartilhar uma experiência de como implantar e avaliar o Cuidado Farmacêutico no SUS, utilizando a estratégia de educação continuada, com uso de metodologia ativa, para o farmacêutico e para a equipe da farmácia, com a exitosa parceria entre o serviço, a residência multiprofissional e a academia.

Compreendeu-se que a dupla responsabilidade do farmacêutico no desenvolvimento dos serviços técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, no âmbito da Assistência Farmacêutica, o torna um profissional singular na Atenção Primária, e que é necessário formar e treinar a equipe da farmácia, permitindo ao farmacêutico dedicar mais tempo ao cuidado às pessoas. Adicionalmente, para que haja adequado atendimento às crescentes demandas pelos usuários, garantindo a eles o acesso e uso racional dos medicamentos, destacou-se a necessidade de ampliar a carga horária da categoria profissional farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde.

Pode-se depreender que a reorientação da Assistência Farmacêutica é um processo longo, multifacetado, que requer apoio da gestão para viabilizar condições para o farmacêutico estar inserido nas ações de cuidado, bem como desenvolver mecanismos de transformação do entendimento dos demais profissionais sobre o papel do farmacêutico junto à equipe de saúde.

Foi possível identificar que, mesmo diante desses entraves, após a implantação do serviço clínico, os farmacêuticos melhoraram a interação com a equipe de saúde, colaborando para a oferta de um serviço mais qualificado à população. Identificou-se também que os farmacêuticos que participaram do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico estão dedicando parte da carga horária para a realização de diferentes tipos de serviços clínicos.

Além disso, fez-se uma reflexão sobre a formação acadêmica em Farmácia, que recentemente passou por adequações para o foco na clínica, o que refletirá positivamente na maneira como o farmacêutico realizará seu trabalho no futuro. Porém, até que se formem os novos profissionais e que estes renovem os serviços públicos, projetos como o realizado pelo DF e por outras instituições, que trazem a ênfase para as ações assistenciais de forma interdisciplinar, são fundamentais para que a mudança necessária na Assistência Farmacêutica ocorra, seja pela prestação

de melhores serviços centrados no usuário, seja por serem melhores cenários de estágio para os graduandos e residentes.

Recomenda-se que novas pesquisas sejam realizadas para verificar o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços clínicos prestados pelos farmacêuticos no DF, bem como analisar a evolução das condições de saúde dos usuários após acompanhamento pelo farmacêutico. O desejo é que esta pesquisa, que retrata a experiência vivenciada pela saúde pública do DF, possa contribuir com as instituições na qualificação dos serviços farmacêuticos prestados aos usuários no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasil; 1988. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em: 19.jan.2019.
2. Brasil. Lei Federal nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990. Brasil;
3. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [Internet]. Brasil; 1990. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acessado em: 19. jan. 2019.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª Edição. OPAS. Brasília; 2011. 549 p.
5. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47:533–43.
6. Correr CJ, Otuki MF. Atenção farmacêutica e a prestação de serviços farmacêuticos clínicos. In: Correr CJ, Otuki MF, organizadores. *A prática farmacêutica na farmácia comunitária*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 434.
7. dos Reis TM, Guidoni CM, Baldoni AO, Giroto E, Obreli Neto PR, Ayres LR, et al. Pharmacists in dispensing drugs (Pharmdisp): Protocol for a clinical trial to test the effectiveness of distance education in training pharmacists for dispensing drugs. *Brazilian J Pharm Sci.* 2018;54(1):1–13.
8. Ministério da Saúde. Planejamento e Implantação de Serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a Experiência de Curitiba. *Cuidado Farmacêutico na atenção básica - Caderno 3*. Brasília; 2014. 122 p.

9. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília; 2016. 200 p.
10. 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). Diário Oficial da União. 21 Set 2017 Brasil; 2017.
11. Jorgenson D, Laubscher T, Lyons B, Palmer R. Integrating pharmacists into primary care teams: Barriers and facilitators. *Int J Pharm Pract.* 2014;22(4):292–9.
12. Lyra-Junior DP, Rocha CE, Abriata JP, Gimenes FRE, Gonzalez MM, Pelá IR. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. *Patient Educ Couns.* 2007;68(2):186–92.
13. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(7).
14. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria SES nº 187 de 23 de julho de 2015. Cria o Serviço de Farmácia Clínica, nos Núcleos e na Gerência de Farmácia Hospitalar, nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Pronto Atendimento e nos demais serviços de saúde que demandarem da atuação do. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Executivo, Brasília, 30 jul. 2015.
15. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011;377:1778–97.
16. Fleury S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. *Cien Saude Colet.* 2009;14(3):743–52.
17. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 356 p.
18. Buss PM (Org), Labra ME. Sistemas de saúde continuidades e mudanças. Rio

- de Janeiro; 1995. 266 p.
19. Baptista TW de F. As políticas de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde. In: Kuschmir R, Fausto MCR, organizadores. *Gestão de Redes de Atenção à Saúde – 1*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. p. 280.
 20. Fleury S, Ouverney ALM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 23–64.
 21. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília; 1986. Available at:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acessado em: 20.jan.2019.
 22. Levcovitz E, Lima LD De, Machado CV. Política de saúde nos anos 90 : relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas * Health policy in the 1990s : inter-governmental relations and the Basic Operational Norms DEBATE DEBATE. *CiêncSaúde Coletiva*. 2001;6(2):269–91.
 23. Fadel CB, Schneider L, Adas S, Moimaz S, Saliba A. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Rev Adm Pública*. 2009;43(2):445–56.
 24. Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Rev Min Saúde Pública*. 2004;3(4):4–26.
 25. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana AL d'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1903–14.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996 . Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. *Diário Oficial da União*, 6 nov. Brasil; 1996.
 27. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à

- saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet.* 2011;16(6):2753–62.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 23 fev. Brasil; 2006.
 29. Carvalho ALB, Souza MDF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira K de O. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet.* 2012;17(4):901–11.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras p. *Diário Oficial da União* 19 nov. 2011.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Seção 1. Brasília, 31, dezembro 2010.*
 32. Anderson MIP, Rojas M de L, Taureau N, Cuba MS. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(Suppl 1):4–30.
 33. Onocko-Campos RT, Campos GW de S, Ferrer AL, Corrêa CRS, de Madureira PR, da Gama CAP, et al. Evaluation of innovative strategies in the organization of Primary Health Care. *Rev Saude Publica.* 2012;46(1):43–50.
 34. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Unesco: Ministério da Saúde. Brasília; 2002. 726 p.
 35. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. [Internet]. Alma-Ata; 1978. Available at:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
Acessado em: 20.jan.2019

36. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP da, Campos GW de S, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuarios. *Saúde em Debate*. 2014;38(special):252–64.
37. Vuori H. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy (New York)*. 1985;4:221–30.
38. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012. 515 p.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4º ed. Br: Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica.; 2007. 68 p.
40. Cunha GT, Campos GW de S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc*. 2011;20(4):961–70.
41. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Pública*. 2008;24(2):91–100.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. [Internet]. 1999. Available at: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm. Acessado em 20 jan 2019.
43. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Rio de Janeiro; 2003. 373 p.
44. Melo AC, Galato D, Maniero HK, Pena Frade JCQ, Palhano TJ, Da Silva WB, et al. Pharmacy in Brazil: Progress and challenges on the road to expanding clinical practice. *Can J Hosp Pharm*. 2017;70(5):381–90.
45. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS; 2013. 106 p.
46. World Health Organization. The Rational Use of Drugs - Report of the Conference of Experts, Nairobi 25-29 November 1985 [Internet]. Nairobi; 1987.

- 338 p. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17054e/>.
Acessado em: 28 jan 2019.
47. Pinheiro RM. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2010;4:15–22.
 48. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n.96, 20 de maio Brasil; 2004.*
 49. Organização Pan-Americana da Saúde. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília; 2002. 24 p.
 50. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev Bras Ciências Farm*. 2008;44(4).
 51. Correr CJ, Rotta I, Salgado TM, Fernandez-Llimos F. Tipos de Serviços Farmacêuticos Clínicos: O que dizem as Revisões Sistemáticas? *Acta Farm Port*. 2013;2(1):21–34.
 52. Zubioli A. Pharmaceutical Care: filosofia e linguagem. Curitiba: O Farmacêutico em Revista; 2007. 16-18 p.
 53. Ministério da Saúde. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1). Vol. 1. Brasília; 2014. 108 p.
 54. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União, 25 setembro de 2013. Seção 1, 186.*
 55. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polypharmacy and polymorbidity in older adults in Brazil: A public health challenge. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):1–13.
 56. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 98, de 1º de agosto de 2016. Dispõe sobre os critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição e dá outras providências. *Diário Oficial da União nº 148. Seção: 1. 03 de agosto de 2016. Página: 32 Brasil; 2016 p. 1–9.*

57. 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 Serv Res*. 2016;16:145.
58. Drulla A da G, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza V de A. A visita domiciliária como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enferm*. 2009;14(4):667–74.
59. Santos FTC. Análise da implantação de serviços clínicos farmacêuticos na atenção básica em uma região do município de São Paulo [Internet]. il. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília. Universidade de Brasília; 2017. Available at: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/24088>
60. Comité de Consenso - Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. 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.
61. Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev Bras Ciências Farm*. 2008;44(3):465–75.
62. Hepler CD. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy. *Pharmacotherapy*. 2004;24(11):1491–8.
63. Tomechko MA, Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ. Q and A from the Pharmaceutical Care Project in Minnesota. *Am Pharm* [Internet]. 1995;35(4):30–9. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0160345015301689>
64. Hernández DS, Castro MMS, Dáder MJF. Método Dáder - Guia de Seguimiento Farmacoterapéutico. [Internet]. 3º ed. Granada; 2007. 128 p. Available at: <http://hdl.handle.net/10481/33051>
65. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. O difícil parto da nova era das farmácias. *Revista do Farmacêutico*. 2014;28–35.
66. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. *Diário Oficial da União, Poder*

- Executivo, Brasília, DF, 11 ago. 2014. Seção 1, p. 1, Edição Extra. Brasil; 2014.
67. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior MJ, Mengue S, Álvares J, Guerra-Junior AA, et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Saude Publica*. 2017;51(2):2S.
 68. Melo DO de, Molino CGR da C, Ribeiro E, Romano-Lieber NS. Capacitação e intervenções de técnicos de farmácia na dispensação de medicamentos em Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2017;22(1):261–8.
 69. Keresztes JM. Role of Pharmacy Technicians in the Development of Clinical Pharmacy. *Ann Pharmacother*. 2006;40(11):2015–9.
 70. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;27(2):149–56.
 71. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Seção 1 n. 215, 30 de outubro de 1998. Brasil; 1998.
 72. Ministério da Educação. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 202, 20 de outubro de 2017, Seção 1, 30. Brasil; 2017.
 73. Ministério da Saúde. Resultados do Projeto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (Cuidado farmacêutico na . Brasília; 2015. 102 p.
 74. Fischer T. Mestrado profissional como prática acadêmica. *Rev Bras Pós-graduação*. 2005;2(4):24–9.
 75. L'Abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua implicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*. 2012;8(1):194–219.
 76. Albuquerque VSa, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho

- RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):356–62.
77. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama. [Internet]. [citado 28 de janeiro de 2019]. Available at: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>.
78. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. [Internet]. [citado 28 de janeiro de 2019]. Available at: <http://ideb.inep.gov.br/resultado/resultado/resultado.seam?cid=1608889>.
79. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2017 / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. [Internet]. 2017 [citado 28 de janeiro de 2019]. p. 308. Available at: <https://salasit.saude.df.gov.br/>

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS APLICADO AO
GESTOR DE UNIDADE DE SAÚDE**

Data:	UBS:	Região de Saúde:
Gestor: () Gerente de Serviços da APS () Supervisor de Serviços da APS		Sexo: () Masculino () Feminino
Tempo de trabalho nesta UBS (em meses):	Está atualmente trabalhando nesta UBS: () sim () não	Cargo na SES/DF:
As perguntas a seguir deverão ser respondidas a partir das suas observações de MUDANÇAS no atendimento e serviços prestados pelo farmacêutico da sua unidade, APÓS a implantação do Cuidado Farmacêutico. Utilize a seguinte afirmação para facilitar o raciocínio: "Após o início das ações de cuidado farmacêutico..."		
1. observo a existência de comunicação aberta entre o farmacêutico e os demais profissionais da equipe () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente		
2. a equipe envolve o farmacêutico em decisões relacionadas aos usuários () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente		
3. percebo o envolvimento do farmacêutico nas ações técnico-pedagógicas voltadas à equipe de saúde da família e à comunidade () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente		
4. observo que existe empenho do farmacêutico para desenvolver as atividades do Cuidado Farmacêutico voltadas a equipe de saúde e aos usuários, além das habituais atividades relacionadas a logística de medicamento () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente		
5. existe envolvimento do farmacêutico na rotina de atividades/processo de trabalho da unidade de saúde () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente		

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS APLICADO À EQUIPE DE SAÚDE

Data:	UBS:	Região de Saúde:	Sexo: () Masculino () Feminino
Tempo de trabalho nesta UBS (em meses):	Está atualmente trabalhando nesta UBS: () sim () não	Categoria profissional na Equipe de saúde:	
As perguntas a seguir deverão ser respondidas a partir das suas observações de MUDANÇAS no atendimento e serviços prestados pelo farmacêutico, APÓS a implantação do Cuidado Farmacêutico. Utilize a seguinte afirmação para facilitar o raciocínio: "Após o início das ações de cuidado farmacêutico..."			
1. o farmacêutico e eu nos comunicamos abertamente um com o outro. () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			
2. recebo informações do farmacêutico sobre os medicamentos disponíveis na farmácia () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			
3. sou informado pelo farmacêutico sobre o serviço clínico farmacêutico e demais serviços oferecidos por ele () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			
4. entro em contato com o farmacêutico quando preciso de informações específicas sobre um medicamento () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			
5. procuro o farmacêutico para obter informações específicas sobre um usuário () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			
6. o farmacêutico entra em contato comigo para discutir o plano terapêutico de algum usuário () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			
7. acato as intervenções sugeridas pelo farmacêutico () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			
8. compartilho com o farmacêutico informações sobre os usuários () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			
9. a equipe envolve o farmacêutico em decisões relacionadas aos usuários () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			
10. as minhas conversas com o farmacêutico me ajudam a proporcionar um melhor cuidado aos usuários () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente			

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS APLICADO AOS FARMACÊUTICOS

Data:	UBS:	Região de Saúde:			
Sexo: () Masculino () Feminino	Está atualmente trabalhando nesta UBS: () sim () não	Está atualmente executando atividades do cuidado: () sim () não			
Esteve recentemente afastado ou de licença por mais de 60 dias: () sim () não	Especialização Lato Sensu: () Sim () Não	Mestrado () Sim () Não	Doutorado () Sim () Não		
Quais atividades de cuidado à saúde você realizou nos últimos 60 dias? () Consulta farmacêutica () Consulta compartilhada com outro profissional () Visita domiciliar () Ações educativas com a comunidade (Palestras, dinâmicas, grupos, etc) () Reunião de Nasf-AB () Reunião de equipe eSF () Práticas Integrativas em Saúde (dança circular, terapia comunitária integrativa, meditação, homeopatia/fitoterapia (prescrição ou dispensação), constelação familiar, Reiki, shantala, etc) () Não realizou atividades de cuidado à saúde nos últimos 60 dias.					
Nos últimos 60 dias, qual o tempo médio semanal que você realizou atividades de cuidado? () até 2 horas por semana () de 3 a 6 horas por semana () de 7 a 10 horas por semana () de 11 a 20 horas por semana () de 21 a 30 horas por semana () de 31 a 40 horas por semana () não pude realizar atividades de cuidado nos últimos 60 dias.					
Qual a frequência que você realiza os diferentes tipos de serviços clínicos farmacêuticos? (atividade de núcleo)					
Serviço:	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
rastreamento em saúde					
educação em saúde dispensação					
manejo de problemas de saúde autolimitados					
conciliação de medicamentos					
revisão da farmacoterapia					
gestão da condição de saúde					
acompanhamento farmacoterapêutico					
As perguntas a seguir deverão ser respondidas a partir das suas observações de MUDANÇAS no atendimento e serviços prestados por você, APÓS a implantação do Cuidado Farmacêutico. Utilize a seguinte afirmação para facilitar o raciocínio: "Após o início das ações de cuidado farmacêutico..."					
1. eu e demais profissionais da equipe de saúde nos comunicamos abertamente um com o outro. () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente					
2. eu informo aos demais profissionais da equipe de saúde sobre os medicamentos disponíveis na farmácia. () Concordo plenamente () Concordo () Não concordo nem discordo () Discordo () Discordo plenamente					

<p>3. eu informo aos demais profissionais da UBS sobre o serviço do Cuidado Farmacêutico e outros serviços que eu forneço. <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p>
<p>4. os demais profissionais da equipe de saúde me contatam para obter informações específicas sobre um medicamento. <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p>
<p>5. os demais profissionais da equipe de saúde me contatam para obter informações específicas sobre um usuário. <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p>
<p>6. entro em contato com a equipe para discutir ajustes no plano terapêutico do usuário. <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p>
<p>7. o médico e/ou outros profissionais da equipe aceitam as intervenções que sugiro. <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p>
<p>8. os demais profissionais da equipe compartilham comigo informações sobre os usuários. <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p>
<p>9. os demais profissionais da equipe de saúde me envolvem em decisões relacionadas aos usuários. <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p>
<p>10. as minhas conversas com a equipe de saúde me ajudam a proporcionar um melhor cuidado aos usuários. <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente</p>

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: “Capacitação de auxiliares de farmácia da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: planejamento, desenvolvimento e avaliação.” O nosso objetivo é planejar, desenvolver e avaliar um curso de capacitação para auxiliares de farmácia, responsáveis pela entrega de medicamentos nas unidades básicas de saúde do Distrito Federal. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será através de entrevistas conduzidas pela pesquisadora utilizando questionários estruturados sobre os serviços de entrega de medicamentos realizados pelos auxiliares de farmácia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal (DF). Estima-se um tempo de 30 minutos para responder o questionário, mas será respeitado o tempo necessário de cada participante para respondê-lo. Informamos que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Os riscos e desconfortos envolvidos na pesquisa incluem estresse pelo tempo gasto com a entrevista ou incômodo em responder alguma pergunta específica. Entretanto, se isto ocorrer, o(a) senhor(a) não precisará respondê-la. Se o(a) senhor(a) aceitar participar estará contribuindo para a melhoria dos serviços desenvolvidos por auxiliares de farmácia, sobretudo aqueles relacionados a entrega de medicamentos nas farmácia das UBS do DF. Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador. Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Pesquisadora responsável Letícia da Costa D’Oliveira, no telefone: (61) 98227-8949, nos horários: 08:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE 2***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: Monitoramento e Avaliação, sob a responsabilidade do pesquisador Anna Heliza Silva Giomo.

O nosso objetivo é avaliar os resultados da implantação dos serviços clínicos farmacêuticos nas Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder na sua unidade de saúde, com um tempo estimado de 10 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são estresse pelo tempo gasto com o preenchimento do questionário ou incômodo em responder alguma pergunta específica. Entretanto, se isto ocorrer, o(a) senhor(a) não precisará respondê-la. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a geração de conhecimento e incentivo à qualificação profissional dos farmacêuticos e aprimoramento dos serviços de assistência farmacêutica prestados na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo o questionário a ser respondido. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

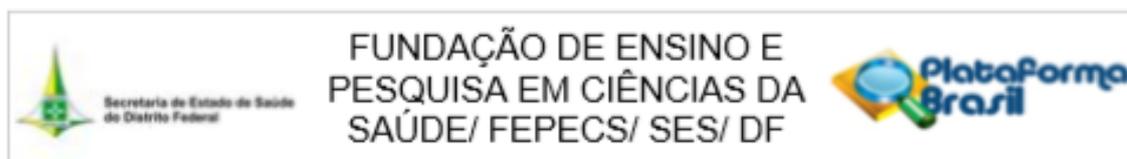
Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Anna Heliza Silva Giomo, na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal no telefone (61) 2196-3728 ou 99669-1011 e e-mail: annagiomo@hotmail.com, no horário 9:00 às 17:00h, disponível inclusive para ligação a cobrar. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4940 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, xx de xx de xxxx

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacitação de auxiliares de farmácia na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: planejamento, desenvolvimento e avaliação

Pesquisador: LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73306717.9.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.269.973

Apresentação do Projeto:

Desenho:

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo e descritivo, o qual será realizado no Distrito Federal, nas sete Regiões de Saúde (Norte, Leste, Sul, Centro-Norte, Sudoeste, Centro-Sul e Oeste) que compõem a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Planejar, desenvolver e avaliar um curso de capacitação para auxiliares de farmácia, responsáveis pela entrega de medicamentos nas unidades básicas de saúde do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

- Planejar e organizar a capacitação dos servidores de nível médio e fundamental responsáveis pela entrega de medicamentos nas UBS;- Avaliar o conhecimento técnico dos profissionais sobre medicamentos e sobre os serviços realizados nas farmácias antes e após a capacitação;- Desenvolver materiais educativos e de suporte técnico para os profissionais, com foco na adesão e uso seguro dos medicamentos; - Avaliar a capacitação dos profissionais a partir de indicadores de serviço, clínicos e humanísticos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

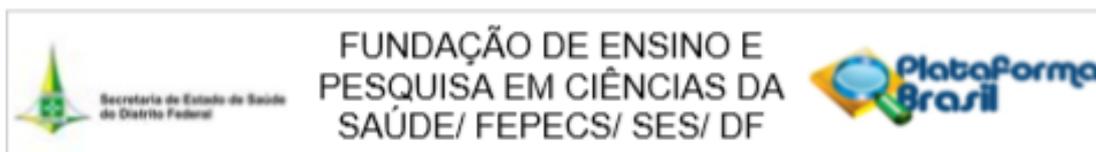
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (63)3254-9551

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.269.973

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os riscos e desconfortos envolvidos nesta pesquisa incluem estresse pelo tempo gasto com a entrevista ou incômodo em responder alguma pergunta específica. Entretanto, se isto ocorrer, o participante não precisará respondê-la. Os pesquisadores também pretendem minimizar qualquer risco de quebra de sigilo relativo às informações fornecidas pelos participantes, por meio da utilização de códigos para anotar os nomes e respostas às perguntas. O participante poderá retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento da pesquisa sem prejuízo para ambos.

Benefícios:

Contribuir para o empoderamento de conhecimentos técnicos simples por parte dos servidores, possibilitando o aumento da oferta de informações na SES/DF

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho de conclusão de curso de residência, 2018. Será utilizado um questionário de avaliação diagnóstica e avaliação final (Anexo 2), aplicado em dois momentos distintos: baseline (antes do curso) e endpoint (após o curso), com o objetivo de avaliar o perfil dos servidores e seus conhecimentos. Os indivíduos serão selecionados para a realização da capacitação, em parceria com a Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica da SES/DF (GCBAF/DIASF), nos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), das superintendências de saúde de cada região. Serão considerados o número de 400 servidores da SES/DF auxiliares e técnicos trabalhando nas farmácias, com o objetivo de oferecer o curso de capacitação para aproximadamente 150 deles. A capacitação, como parte integrante do presente Projeto de Conclusão de Programa de Residência, terá como apoiadores e colaboradores a Diretoria de Assistência Farmacêutica - DIASF/SAS/SES, a Universidade de Brasília (UnB), os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e como instituição certificadora a Escola Técnica de Saúde de Brasília (ETESB) com carga horária de aproximadamente 24 horas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

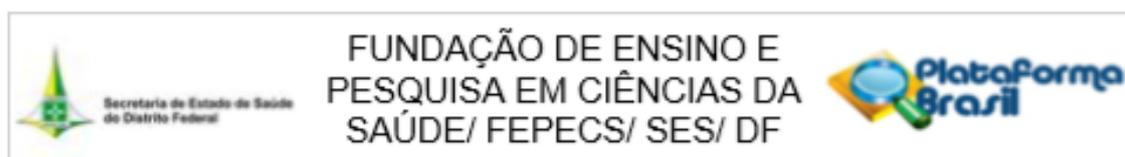
Folha de rosto e Termo de concordância apresentados.

Planilha de orçamento e cronograma da pesquisa apresentados.

Tce apresentado.

Currículo da pesquisadora e orientadora apresentados.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (61)3254-9551 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.269.973

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_944865.pdf	27/07/2017 16:46:10		Aceito
Outros	CartaEmRespostaAsPendencias.pdf	27/07/2017 16:29:22	LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA	Aceito
Outros	CurriculoOrientadora.pdf	27/07/2017 16:28:46	LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/07/2017 16:21:17	LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCP.pdf	27/07/2017 16:20:39	LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/07/2017 16:20:14	LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA	Aceito
Outros	CurricVitaeeSimplificado.pdf	02/07/2017 14:47:10	LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	PlanilhaDeOrçamento.pdf	02/07/2017 14:45:29	LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaDeCoparticipacaoConcordancia.pdf	02/07/2017 12:47:35	LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.PDF	02/07/2017 12:36:26	LETICIA DA COSTA D OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

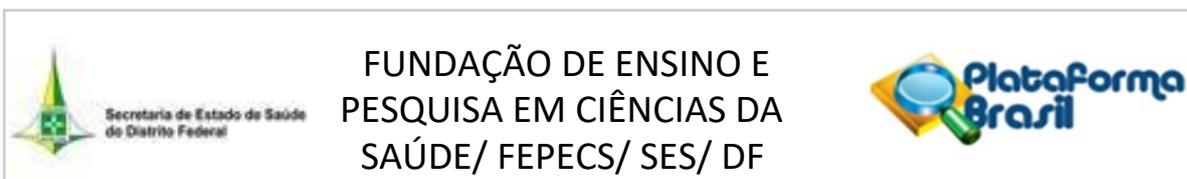
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 12 de Setembro de 2017

Assinado por:
Geisa Sant Ana
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (63)3254-9551 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP 2**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: monitoramento e avaliação

Pesquisador: ANNA HELIZA SILVA GIOMO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89666918.8.0000.5553

Instituição Proponente: Diretoria de Assistência Farmacêutica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.707.260

Apresentação do Projeto:

"A implantação do cuidado farmacêutico reorganiza a Assistência Farmacêutica, traz resolutividade e qualificação para os serviços de saúde, uma vez que a farmácia passa a prestar serviços clínicos somados aos serviços de logística. A Assistência Farmacêutica, que vem ao longo da sua história sendo vista como uma área de apoio e gestão do abastecimento de medicamentos e insumos, passa a ter importância também nas ações de saúde diretamente aos usuários, família e comunidade e integradas ao cuidado prestado pelos demais profissionais de saúde. Essa pesquisa propõe avaliar os resultados da implantação dos serviços clínicos realizado pelos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, quanto aos aspectos de produtividade, economicidade e perfil de saúde e de utilização de medicamentos dos usuários acompanhados no novo serviço implantado, além de identificar os problemas relacionados à farmacoterapia e as intervenções farmacêuticas realizadas durante os atendimentos."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Avaliar os resultados da implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Objetivo Secundário:

- Avaliar indicadores relacionados à produtividade, fatores econômicos e condições de saúde da população assistida pelo dos serviços clínicos farmacêuticos implantados nas UBS do Distrito Federal;
- Descrever o perfil de saúde e de utilização de medicamentos dos usuários acompanhados no serviço implantado;
- Identificar os problemas relacionados à farmacoterapia e os resultados das intervenções farmacêuticas realizadas durante os atendimentos farmacêuticos; e
- Avaliar, sob o ponto de vista dos gestores e membros da equipe de saúde das UBS do estudo, o desempenho e produtividade do serviço implantado."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os riscos e desconfortos envolvidos na presente pesquisa incluem estresse pelo tempo gasto com o preenchimento do questionário ou incômodo em responder alguma pergunta específica. No entanto, se isto ocorrer, o participante não precisará respondê-la. Serão minimizados qualquer risco de quebra de sigilo relativo às informações fornecidas pelos participantes, por meio da utilização de códigos nas respostas às perguntas. O participante poderá retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento da pesquisa sem prejuízo para ambos. A participação na pesquisa é voluntária, isto é, não há pagamento ou qualquer custo pela colaboração.

Benefícios:

A pesquisa se propõe a avaliar os resultados gerados com a implantação do serviço clínico do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde da SESDF. Assim, e considerando se tratar de um serviço recentemente implantado, o qual possui fundamentação legal e teórica, a pesquisa e apresentação dos efeitos dessa implantação é de grande relevância para a gestão da SES/DF, usuários do SUS no DF e sociedade e soma para o avanço no conhecimento científico na área de saúde pública. Os benefícios trazidos para os participantes da pesquisa é poder contribuir na qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde, o que reflete no seu trabalho na gestão, como integrante na equipe de saúde pela ampliação das ações de saúde e na melhoria da saúde e qualidade de vida dos usuários."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendências elencadas no parecer anterior:

"Projeto apresenta a pendência que segue:

1. Solicita-se refazer o TCLE, adequando a redação ao modelo disponível no site do CEP FEPECS. Retirar a parte final do TCLE em que o pesquisador solicita ao participante

assinalar sim ou não no aceite em participar da pesquisa e escreve o seu nome, pois isso pode representar uma coerção do pesquisador sobre o possível participante." Pendência atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos:

- Folha de Rosto - assinada e carimbada pela instituição participante e pesquisador principal.
- Termo de anuência - assinado e carimbado pela instituição participante e pesquisador principal.
- Projeto de pesquisa completo contendo os instrumentos de coleta dos dados, cronograma e planilha de orçamento - atendido.
- TCLE - pendência do parecer anterior atendido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas, projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Considerações Finais a Critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1017710.pdf	25/05/2018 20:17:34		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencia_2.pdf	25/05/2018 20:12:02	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido.pdf	25/05/2018 20:00:31	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencia.pdf	08/05/2018 08:34:36	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_Pendencia_Carimbo.pdf	08/05/2018 08:33:53	ANNA HELIZA SILVA	Aceito

			GIOMO	
Outros	Autorizacao_Chefia.pdf	08/05/2018 08:33:08	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Pendencia_Carimbo.pdf	08/05/2018 08:32:22	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	25/04/2018 01:05:46	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Outros	Termo_compromisso_pesquisador.pdf	25/04/2018 01:05:01	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_Institucional.pdf	25/04/2018 01:03:21	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Orçamento	Planilha Orcamento.pdf	22/04/2018 00:50:37	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Completo.docx	22/04/2018 00:49:39	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/04/2018 00:42:22	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Outros	Curriculo_Dayde.pdf	22/04/2018 00:37:32	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
Outros	Curriculo_AnnaHeliza.pdf	22/04/2018 00:36:31	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/04/2018 19:21:00	ANNA HELIZA SILVA GIOMO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

BRASILIA, 12 de Junho de 2018

Assinado por:
DILLIAN ADELAINÉ CESAR DA SILVA
(Coordenador)

ANEXO C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO



Educação Continuada e a melhoria nos serviços de saúde: uso da metodologia ativa na capacitação de auxiliares de farmácia

Journal:	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Manuscript ID:	ICSE-2018-0727
Manuscript Type:	Articles
Keyword:	Técnicos em Farmácia, Atenção Primária à Saúde, Capacitação em Serviço, Educação Continuada

SCHOLARONE™
Manuscripts

Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2018-0727

1 mensagem

revista Interface <onbehalf@manuscriptcentral.com>

24 de dezembro de 2018 01:26

Responder a: interface@fmb.unesp.br

Para: annagiomo@gmail.com, annagiomo@hotmail.com

Cc: annagiomo@gmail.com, annagiomo@hotmail.com, leticiadoliveira@gmail.com, liviasobrado@gmail.com, daydelane@gmail.com

Prezado (a) Sra. Giomo,

Seu manuscrito intitulado "Educação Continuada e a melhoria nos serviços de saúde: uso da metodologia ativa na capacitação de auxiliares de farmácia" foi submetido no sistema com sucesso iniciando o processo de avaliação de mérito (pré-avaliação e avaliação por pares) em Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

O ID do manuscrito é ICSE-2018-0727 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a Interface.

Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e faça a atualização de seus dados cadastrais.

Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes a sua (s) área (s) de conhecimento.

NOTA: acompanhe o status do seu manuscrito durante todo processo de avaliação de mérito, acessando o sistema e em Autor, clicando no item Manuscritos Submetidos.

Por motivo de férias coletivas, as submissões recebidas no período de 1 de dezembro de 2018 a 31 de janeiro de 2019, só serão analisadas a partir de 1 de fevereiro de 2019.

Agradecendo pela submissão em Interface – Comunicação, Saúde, Educação,
Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino
Editor-chefe
Interface – Comunicação, Saúde, Educação