

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ANGELO, Fabio Alberti
fabioalberti.1@gmail.com
Centro de Pós-Graduação Oswaldo Cruz

Resumo: *Este artigo visa demonstrar a importância do profissional farmacêutico com os serviços de cuidado farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêuticos, bem como promover o uso racional de medicamentos a pacientes crônicos no âmbito da Estratégia Saúde da Família da atenção básica do SUS, com o intuito de garantir a aderência aos tratamentos. Este trabalho também propõe a importância da interação do farmacêutico aos outros profissionais da equipe de saúde, visando a recuperação da saúde e/ou qualidade de vida dos usuários da rede pública de saúde.*

Palavras-chave: *SUS. Estratégia saúde da família. Cuidado farmacêutico.*

Abstract: *This article aims to demonstrate the importance of the pharmacist in the pharmacy care services in the pharmacotherapeutic monitoring and promoting the rational use of medicine to chronic patients under the Family Health Strategy SUS primary care, in order to ensure compliance to treatments. This work also suggests the importance of interaction between the pharmacist to other health team professionals, seeking the recovery of health and/or quality of life of users of the public health system.*

Keywords: *SUS. Family health strategy. Pharmaceutical care.*

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido na Constituição Federal de 1988 devido às crises financeiras pelas quais passava o sistema previdenciário da época, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que financiava a saúde de parcela da população ligada a alguma classe trabalhista, excluindo pessoas que não recolhiam a previdência social, como trabalhadores informais e desempregados.

A partir da Reforma Sanitária, movimento nascido no início dos anos 1970, foi estabelecida a VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) – realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986 – que aprovou a criação dos primórdios do SUS. A Constituição de 1988 garantiu o SUS como direito do cidadão e dever do Estado, bem como seus princípios: universalidade, que garante o atendimento a todos os cidadãos; equidade, que garante a igualdade de atendimento a todos os cidadãos; e integralidade, que garante o atendimento em todos os níveis de complexidade e tratamento, seja medicamentoso ou não. Também define as diretrizes do SUS de descentralização, regionalização e hierarquização do SUS – onde define a participação do gerenciamento do sistema de saúde em todos os níveis de governo com responsabilidades definidas (CORDEIRO, 2004). O SUS foi institucionalizado pela Lei Orgânica de Saúde de 1990 (VIEIRA, 2010).

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou-se no Brasil no ano de 1993 com o intuito de fortalecer a promoção à saúde, visando a integralidade da assistência ao usuário, integrado à família e à comunidade – em outras palavras, integrando os profissionais de saúde à comunidade (BESEN *et al*, 2007). Atualmente, o PSF, devido a sua complexidade de integrar saúde e educação é considerada uma Estratégia Saúde da Família (ESF).

Os serviços de cuidado farmacêutico (também denominado atenção farmacêutica) envolvem procedimentos desempenhados pelo profissional farmacêutico, que visa a promoção e o uso racional de medicamentos, visando o alcance de resultados terapêuticos planejados. Esses procedimentos englobam consultas farmacêuticas, podendo ser realizadas em consultórios que proporcionam um atendimento individual e privativo, bem como em visitas domiciliares para casos de pacientes que possuam dificuldades de locomoção ou não. Também podem ser realizadas atividades educativas-pedagógicas com pacientes e/ou cuidadores, focando no uso correto e racional dos medicamentos.

A Resolução 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), “que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico” definiu (ou oficializou) as funções do farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêutico, bem como a Resolução 586/2013 do CFF regulamenta a prescrição farmacêutica. Com a aprovação da Lei Federal 13.021/2014, oficializou-se a farmácia como estabelecimento de saúde, bem como a exigência de pelo menos um farmacêutico por todo o seu horário de funcionamento, inclusive em unidades públicas de saúde – alterando uma norma conflitante presente na Lei Federal 5.991/1973, que flexibilizava a presença de um profissional farmacêutico por um responsável técnico em locais onde não houvessem a presença desse profissional.

Entre as dificuldades encontrados pelos farmacêuticos a prestarem os seus serviços na Atenção Básica, apesar da legislação determinar a presença de um farmacêutico por estabelecimento, ainda é possível encontrar farmácias de UBS sem a prestação do serviço desse profissional.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Na Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da 8ª CNS, que ocorreu entre os dias 17 e 21 de março de 1986 – onde foi arquitetado os princípios básicos do SUS, influenciados pelo movimento da Reforma Sanitária.

Esse movimento, criado nos anos 1970 tinha como princípio básico que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Para a definição de seus princípios, a Reforma Sanitária os adotou do I Simpósio de Política Nacional de Saúde, de outubro de 1979, que:

“1) o direito à saúde como direito universal e inalienável; 2) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; 3) o papel do Estado no sentido de regular para obstaculizar os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde; 4) descentralização, regionalização e hierarquização; 5) participação popular e controle democrático. Entre as medidas iniciais, destaca-se criar o Sistema Único de Saúde”.
(CORDEIRO, 2004)

Até a criação do SUS na Constituição de 1988, a saúde pública era financiada pela previdência social, sendo o INAMPS o órgão federal responsável pelo provimento à saúde, porém o acesso aos tratamentos não era acessível a toda a população, sendo contemplados apenas trabalhadores contribuintes à previdência, excluindo trabalhadores informais e desempregados, bem como seus familiares. Essa situação contribuiu para a elaboração do SUS pela Reforma Sanitária.

Após sua criação, o SUS foi institucionalizado pela Lei Orgânica da Saúde 8080, de 19 de setembro de 1990, que regula os serviços de saúde prestados pelo SUS, inclusive define a assistência farmacêutica como área de atuação do SUS (VIEIRA, 2010). Foi definido que o financiamento do SUS seria pelo orçamento tripartite, onde os governos Federal, Estadual e Municipal deveriam reservar uma parte de seu orçamento no SUS, a porcentagem desses recursos foram se alterando com o decorrer dos anos.

A Constituição de 1988 garantiu ao SUS seus princípios de universalidade, que garante que todos os cidadãos têm direito aos atendimentos prestados pelo SUS, independente de contribuição com impostos; equidade, que define que todos os cidadãos têm direito ao mesmo atendimento, não devendo haver discriminação por classe social, raça, religião, etc., entretanto a equidade garante também que cada indivíduo tenha um atendimento distinto em suas necessidades (INFOESCOLA, 2006-2016); e integralidade, que garante o atendimento no SUS em todos os níveis de complexidade, sendo que a população deveria ter acesso à saúde desde a profilaxia até tratamentos mais complexos (p.ex. cirurgias específicas). Entende-se a assistência farmacêutica, e logo, o cuidado farmacêutico estejam vinculados à integralidade do SUS.

Ao SUS também foi garantido suas diretrizes, tais quais descentralização, que retira da União toda a responsabilidade pela gestão e provimento à saúde, repassando também aos Estados e Municípios; a regionalização define o atendimento prestado pelo SUS conforme as características de cada região, levando-se em conta fatores epidemiológicos, definindo-se assim a população a ser atendida (INFOESCOLA, 2006-2016); “hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso” (INFOESCOLA, 2006-2016); e participação popular, que permite à população participar da gestão do sistema, com a criação de conselhos e conferências. (INFOESCOLA, 2006-2016)

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), atrelada ao SUS, foi elaborada pelo Ministério da Saúde em 2001, e segundo Vieira (2010): “O PNM define a assistência farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”.

3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizado em 1993 e colocado em prática a partir do ano de 1994 como uma estratégia da atenção primária do SUS que atingisse cerca de 85% da população brasileira (BESEN *et al*, 2007). Segundo Besen *et al* (2007) “o PSF visa ao trabalho na lógica da Promoção, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade”.

O PSF, devido à sua complexidade e pelo fato de este, por ser um programa, caracteriza um início, meio e fim – vem sendo definido como ESF, pois este – como uma estratégia – caracteriza-se por sua complexidade de atendimento integral, que não aponta um final, mas uma continuidade do serviço às famílias.

Por estar vinculada à atenção primária, a ESF é considerada a porta de entrada do SUS, funcionando com um filtro ao acesso para outros níveis, entretanto, segundo Azevedo e Costa (2010) essa porta de entrada é estreita, atingindo apenas 46% da população brasileira. Por outro lado, a ESF aproxima a comunidade à equipe de saúde, constituindo numa primeira estratégia do Ministério da Saúde para a ampla cobertura de agravos à saúde, contribuindo assim para educação em saúde, visando a prevenção e nos tratamentos de baixa complexidade prestados pelas equipes.

Uma equipe de saúde da família é composta basicamente por médico, enfermeiro, auxiliar(es) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), com o apoio técnico de equipe de saúde bucal (dentista, auxiliar(es) e técnico(s) de odontologia; equipe NASF que concentra vários profissionais, entre eles médico especialista, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, terapeuta ocupacional, entre outros, em alguns casos também tem a participação do farmacêutico – essa equipe é formada por características da região e normalmente atendem mais de uma unidade. A ESF conta também com apoio administrativo e com uma equipe de farmácia – que dependendo da localidade pode contar com um farmacêutico fixo ou com este profissional atuando com um interlocutor em mais de uma unidade.

Recomenda-se que uma equipe atenda entre 600 a 1000 famílias em um determinado território, identificando riscos à saúde, elaborar estratégias de tratamentos (ao ser tratado na própria unidade ou encaminhar para um atendimento especializado), promover ações educativas em saúde de maneira multiprofissional (ESCOREL *et al*, 2007).

O atendimento multiprofissional tem uma importância muito grande na ESF, pois permite a avaliação do paciente na totalidade de suas necessidades, e conforme observa Escorel (2007):

“Um processo de trabalho apoiado em uma equipe multiprofissional apta a oferecer atenção integrada e a sustentar o enfoque social ampliado na estratégia de saúde da família, com claros objetivos de inclusão social, exige qualificação dos profissionais inseridos e adesão ao programa por parte desses profissionais”. (ESCOREL, 2007)

4 CUIDADO FARMACÊUTICO

O cuidado farmacêutico (ou atenção farmacêutica) é um conjunto de serviços prestados pelo profissional farmacêutico relacionados ao medicamento, visando o paciente.

A PNM definiu, em 1998, que a assistência farmacêutica dentro do SUS é um grupo de atividades relacionadas aos medicamentos, que apoia o cuidado à saúde em uma comunidade, desde o abastecimento (com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME) ao controle de qualidade, segurança, eficácia terapêutica e avaliação da utilização dos medicamentos (OLIVEIRA *et al*, 2010). O PNM apresenta como finalidades, a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção e uso racional dos medicamentos e o acesso da população aos medicamentos essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Os procedimentos do cuidado farmacêutico podem ser realizados pelo farmacêutico em conjunto com outros profissionais de saúde, visando o restabelecimento da saúde do paciente. A assistência terapêutica integral inclui a assistência farmacêutica que é definida pela PNM (2001) como: “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”. Ainda, a assistência farmacêutica engloba uma prática multiprofissional e intersetorial em procedimentos que envolvam medicamentos, incluindo transporte, prescrição, administração, etc. Também em 2004 foi publicado, pela CNS, o documento da Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF), que determina que a assistência farmacêutica engloba os cuidados individuais ou coletivos, sendo o medicamento insumo essencial, tendo a sua acessibilidade garantida de maneira racional. (VIEIRA, 2010).

Os itens segurança, eficácia terapêutica e avaliação da utilização dos medicamentos estão intrinsicamente restritos ao papel do farmacêutico. Visto que este profissional é o mais capacitado, devido ao fato que detém o conhecimento dos aspectos dos medicamentos, podendo dar informações privilegiadas aos usuários. (HUDSON; *et al*, 2008)

Segundo o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional Farmacêutica (FIP) – em 2006, publicaram um manual de práticas farmacêuticas, que ganhou a denominação “Farmacêutico Sete Estrelas” (CRF). Entre as sete competências presentes no manual, existe um tópico que descreve o papel do cuidado farmacêutico na atenção básica, prestado pelo profissional farmacêutico, está o de Prestador de Serviços farmacêuticos em uma equipe de saúde – que define que o farmacêutico deve se integrar à equipe multiprofissional com seus conhecimentos e habilidades (CRFSP).

Em 2002, o Brasil adotou o termo atenção farmacêutica quando foi publicado o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, que foi definido como:

“um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitude, 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 inserção 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” (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), os públicos-alvo para receber o cuidado farmacêutico “são aqueles com maior risco de sofrerem dano ligados ao uso do medicamento”, tais como: pacientes polifarmácia, pacientes com baixa adesão ao tratamento (principalmente em novas terapias medicamentosas), aos que tem dificuldades de acesso aos medicamentos prescritos, pacientes que passaram por internações nos últimos seis meses, aos usuários que passam em mais de um serviço médico com receitas conflitantes e pacientes com maior números de diagnósticos.

Os medicamentos quando tomados de maneira inadequada pode-se transformar em um potencial causador de agravos à saúde, indo em direção contrário ao seu papel terapêutico. A presença do farmacêutico realizando os serviços pelos quais é preparado apresenta-se como uma estratégia para a recuperação do paciente.

Vieira (2007) discorre que o cuidado farmacêutico deve estar focado à educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento e acompanhamento farmacêutico, com registro das atividades e avaliação dos resultados. Sendo que o “propósito da atenção farmacêutica é reduzir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos” (VIEIRA, 2007).

Ainda há a necessidade quanto ao uso racional de medicamentos, sendo que os pacientes devem recebe-los (ou adquiri-los) para a indicação apropriada; nas doses, vias de administração e duração apropriadas; ausência de contraindicações; mínimas possibilidades de reações adversas; dispensação correta e que haja aderência a tratamento medicamentoso (VIEIRA, 2007); bem como é importante salientar que dispensação é o ato de fornecer a medicação com todas as informações referentes ao medicamentos de uma maneira que o paciente possa entender e seguir o tratamento.

Existe um risco muito alto de não aderência aos tratamentos medicamentosos de doenças crônicas. Em um estudo realizado em Santa Catarina com usuários de hipolipemiantes, pacientes gastrintestinais crônicos, diabéticos e hipertensos, houve um claro aumento do abandono ao tratamento contínuo, esse aumento do abandono à terapia medicamentosa foi evidenciada em pacientes idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Situações de descontinuação do tratamento apresenta-se como um grave risco à recuperação desses pacientes, bem como em sua qualidade de vida.

A fácil aquisição de medicamentos na rede privada também ocasiona em agravos à saúde, ocasionando na automedicação, onde o indivíduo ingere um medicamento que, possivelmente, não seja o de sua necessidade.

Mensura-se um número entre 1,2 milhão e 3,2 milhões de internações de urgência em 2013, referentes ao uso de medicamentos indevidos e pelo abandono ao tratamento médico – levando-se em consideração o valor médio de cada internação em R\$ 1.132,26 nesse mesmo ano – estima-se um custo total entre R\$ 1,3 bilhão e R\$ 3,6 bilhões em internações de urgência nesse ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O cuidado farmacêutico na ESF inclui serviços de farmácia clínica, que pode ser ofertada de maneira individual e/ou compartilhadas com outros profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Esses atendimentos podem ser realizados em consultórios farmacêuticos, onde a privacidade e a individualidade do paciente são preservadas ou na residência do paciente, possibilitando o atendimento a pacientes que possuam dificuldade em se locomover à unidade de saúde e para que o farmacêutico possa avaliar o acondicionamento do medicamento na moradia do indivíduo.

Os atendimentos farmacêuticos possuem a finalidade de promover o uso racional dos medicamentos, possibilitando ao paciente entender a importância da utilização correta dos produtos, bem como em sua adesão ao tratamento, diminuindo as ocorrências de agravos à saúde. É importante para o serviço ser prestado com qualidade, que o farmacêutico procure sempre se manter atualizado em suas práticas, possibilitando as devidas orientações aos usuários.

O farmacêutico também pode elaborar e/ou participar de grupos de saúde com ou sem a presença de outros profissionais. Esses grupos apresentam a finalidade, de uma maneira coletiva, apresentar informações importantes quanto ao uso correto de medicamentos, os riscos da automedicação, à importância de uma alimentação saudável (podendo ser em conjunto com o profissional nutricionista), entre outras informações que auxiliam na eficácia dos tratamentos farmacoterapêuticos, como uma maneira de disseminar informações, possibilitando ao paciente autonomia em seu tratamento.

A inserção do cuidado farmacêutico possibilita o aumento da resolutividade do uso dos medicamentos e do conhecimento dos principais problemas relacionados aos medicamentos, criando novos indicadores aos gestores e a outros profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Um dos principais meios para o acompanhamento farmacoterapêutico utilizado é o Método Dáder, oriundo da Universidade de Granada, Espanha. Esse modelo define que os problemas relacionados com medicamentos (PRM) estão envolvidos com os problemas de saúde que o paciente apresenta ou apresentará em decorrência do uso ou não dos medicamentos, sendo distribuídos em 6 PRM. Indicação: 1) o paciente não utiliza os medicamentos que necessita ou 2) o paciente utiliza medicamentos que não necessita; efetividade: 3) o paciente utiliza medicamento mal prescrito ou 4) dose inferior/tratamento ocorre por tempo insuficiente; e segurança: 5) idiossincrasia ou 6) paciente apresenta uma reação adversa (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Outro modelo de acompanhamento farmacoterapêuticos é o norte-americano de Minnesota, que define os problemas farmacoterapêuticos como uma reação indesejável em que o uso dos medicamentos seja suspeito de ter causado tal agravo. Sendo 7 problemas farmacoterapêuticos. 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 ao medicamento; e adesão: 7) aderência inapropriada ao tratamento farmacológico (PEREIRA; FREITAS, 2008).

A principal diferença entre os dois modelos está relacionada à adesão ao tratamento, visto que o Método Dáder define a não aderência como uma PRM e o Modelo de Minnesota não enxerga a não-aderência como uma PRM (PEREIRA; FREITAS, 2008).

No período de abril a novembro de 2014, o Ministério da Saúde (MS) implantou um programa piloto de cuidado farmacêutico (farmácia clínica) na atenção básica em Curitiba, PR. Nesse programa foram realizadas consultas farmacêuticas no acompanhamento farmacoterapêutico. Nesse período foram atendidas 2710 pacientes; como efeito comparativo, nos anos de 2012 e 2013 foram realizadas 439 e 868 consultas farmacêuticas respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Nos primeiros 90 dias do trabalho (entre abril e junho de 2014) foram analisadas um total de 702 consultas, sendo que dessas 566 foram primeiras consultas e 136 consultas de retorno (118 primeiros retornos, 14 segundos retornos, 3 terceiros retornos e 1 quarto retorno). Dessas consultas, 55,6% foi encaminhada pela equipe, 43,6% foi realizada a partir da busca ativa do farmacêutico e 0,9% outros. Entre esses pacientes foi constatado que a maioria era do sexo feminino e que a média de idade é de 66 anos, sendo que 17% desses pacientes moravam sozinhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Entre todas as condições de saúde, as que ganharam destaque na pesquisa foram hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes tipo 2, dislipidemia e obesidade. Foram identificadas outras 201 condições de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Entre esses pacientes, 99% estavam vivenciando algum problema referente ao uso dos medicamentos. Nessa pesquisa foram encontrados problemas relativos à monitorização do tratamento em 89% dos pacientes, problemas relacionados à adesão terapêutica ou administração de medicamentos estiveram presentes em 82% dos usuários, questões relativas à seleção ou prescrição de medicamentos foram observados em 61% dos pacientes, em 47% dos usuários observou-se tratamento farmacológico não efetivo, 22% apresentaram alguma reação adversa a medicamentos, falhas de dispensação, qualidade do medicamento, discrepância entre níveis de atendimento e intoxicação também foram relatados no trabalho. Entre as intervenções farmacêuticas em primeira consulta, foram realizados informação e aconselhamento (93%), monitoramento (63%), alteração ou sugestão de alteração na terapia (54%), encaminhamentos (50%) e provisão de materiais (45%). Em consultas de retorno, foi observado mudanças no comportamento e na adesão do paciente ao tratamento (64,9%), realização de exames de monitorização no período (62,3%), realização de consultas médicas no período (44,5%) e alterações na farmacoterapia ocorridas no período (37,5%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os resultados desse trabalho geraram mudanças no processo de trabalho dos farmacêuticos no município de Curitiba, sendo que os farmacêuticos passaram a ter maior reconhecimento por parte das equipes, gerentes de unidades e diretores de distritos sanitários. No início do trabalho, os farmacêuticos da rede municipal de Curitiba relataram que as horas passadas com serviços administrativos/logístico era de 87,6 horas mensais, a realização de trabalhos como dispensação, educação em saúde e consultas farmacêuticas tiveram 22,2 horas mensais e o serviço de consulta individual ao paciente teve 3,6 horas por mês, proporcionalmente 80% do tempo do farmacêutico era em atividades administrativas/logísticas e 20% destinado a atividades ligadas ao cuidado farmacêutico. Em dezembro de 2014 foi tomado um segundo relato que demonstrou que as atividades administrativas e de logística do farmacêutico diminuíram para 67,8 horas por mês e em cuidado farmacêutico somaram 40 horas mensais – sendo que 22,9 horas foi dispensada em atendimento farmacêutico individual, convertendo-se a proporção para 63% para serviços administrativos/logística e 37% ao cuidado farmacêutico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

6 LEGISLAÇÕES PERTINENTES QUANTO À PRÁTICA DO CUIDADO FARMACÊUTICO

Para o exercício dos serviços farmacêuticos na atenção básica, bem como a inserção do cuidado farmacêutico no que abrange a ESF, existem várias legislações que embasam essas práticas.

A Lei Federal 3.820, de 11 de novembro de 1960, que “cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia” (BRASIL, 1960), além de criar os citados conselhos, também define que apenas a farmacêuticos inscritos no Conselho Regional de Farmácia (CRF) pode ser permitido os exercícios de atividades farmacêuticas, exigido pelo artigo 13 dessa lei (BRASIL, 1960). Por outro lado, o artigo 14 define que outros profissionais, que não o farmacêutico (p. ex. práticos e oficiais de farmácia licenciados) podem exercer as práticas farmacêuticas.

A Lei Federal 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que “dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos” (BRASIL, 1971). Essa lei tem como objetivo regular a prática farmacêutica, bem como a fiscalização dos serviços farmacêuticos existentes no Brasil. Em seus artigos 5.º e 6.º, essa lei define que a dispensação de medicamentos só poderão ocorrer em estabelecimentos farmacêuticos, seja público ou privado. Em seu artigo 15, a Lei Federal 5.991/1973, define que os estabelecimentos farmacêuticos (farmácias e drogarias) deverão constar obrigatoriamente com a presença de um farmacêutico inscrito em seu respectivo CRF por todo seu horário de funcionamento. Entretanto, esse mesmo artigo – em seu inciso 3.º – permite que, em caso de ausência de farmacêuticos na região, a inscrição do estabelecimento sob a responsabilidade de um outro profissional (prático de farmácia, oficial de farmácia ou outro profissional) que deve estar cadastrado no CRF. Outra incoerência dessa legislação decorre, em seu artigo 6.º, que medicamentos podem ser entregues em dispensários de medicamentos, porém não exige um profissional devidamente inscrito no CRF para exercer responsabilidade técnica, o que é muito utilizado por governos, seja municipal, estadual e federal, e por hospitais para evitar a contratação de farmacêuticos.

Recentemente, outras legislações foram criadas para desfazer essas distorções causadas por essas antigas leis.

A principal legislação que define o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas é a Lei Federal 13.021, de 8 de agosto de 2014. Essa lei, em seus artigos 2.º e 3.º, define a assistência farmacêutica como uma prática com o fim de prestar apoio à recuperação da saúde, bem como ter o medicamento como insumo essencial e promover o uso racional de medicamento e a farmácia como estabelecimento de saúde, e extingue o termo dispensário, visto que classifica farmácia apenas como farmácia sem manipulação e farmácia com manipulação (BRASIL, 2014). O artigo 5.º da Lei Federal 13.021/2014 corrige as distorções causadas pelas leis 3.820/1960 e 5.991/1973 quanto à responsabilidade técnica de farmácias, definindo que para a prática da assistência farmacêutica, em farmácia de qualquer natureza, é obrigatória a presença integral de um profissional farmacêutico devidamente inscrito no CRF de seu Estado. O artigo 6.º define que a presença de farmacêutico nas farmácias é obrigatória por todo seu horário de funcionamento. O artigo 8.º, em seu parágrafo único, define que as farmácias privativas de unidade hospitalar ou similar deverão seguir as mesmas exigências da referida lei. O artigo 13 define, em seu parágrafo 3, que o farmacêutico deve “proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada”; o parágrafo 5 obriga “estabelecer o perfil farmacoterapêuticos no acompanhamento sistemático do paciente, mediante elaboração, preenchimento e interpretação de fichas farmacoterapêuticas”; e o parágrafo 6 estabelece que o farmacêutico deve:

“prestar orientação farmacêutica, com vistas a esclarecer ao paciente a relação benefício e risco, a conservação e a utilização de fármacos e medicamentos inerentes à terapia, bem como suas interações medicamentos e a importância do seu correto manuseio” (BRASIL, 2014).

Segundo o artigo 14, cabe ao farmacêutico, no momento da dispensação de medicamentos, a avaliação acerca da segurança e eficácia dos medicamentos, bem como avaliar aspectos legais do receituário.

Para enriquecer e embasar o cuidado farmacêutico, inclusive na atenção básica, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) elaborou as resoluções 499, de 17 de dezembro de 2008; 585, de 29 de agosto de 2013 e 586, de mesma data.

A Resolução 499/2008, que “dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias” (CFF, 2008). Essa resolução estabelece que apenas ao farmacêutico é permitida a prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. Entre os serviços farmacêuticos contemplados por essa resolução está a elaboração do perfil farmacoterapêuticos, bem como a avaliação e o acompanhamento farmacoterapêuticos e prestação de assistência farmacêutica domiciliar. Em seu artigo 7.º, a Resolução 499/2008 define que o acompanhamento farmacoterapêuticos refere-se a identificação da necessidade de um medicamento adicional, uso de um medicamento desnecessário, ausência da resposta terapêutica, utilização de dose subterapêutica, reação adversa a medicamento, superdose de medicamento e não adesão ao tratamento. Nessa mesma resolução, o artigo 33 define que a prestação de assistência farmacêutica domiciliar tem como objetivo melhorar o acesso dos pacientes e da população ao cuidado farmacêutico (CFF, 2008).

A Resolução 585/2013, que “regulamento as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências” (CFF, 2013), em seu artigo 2.º define que as atribuições clínicas do farmacêutico visam na recuperação da saúde do paciente, família e comunidade ao promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o objetivo de elevar a qualidade de vida (CFF, 2013). O artigo 3.º define que o farmacêutico deve prestar cuidado à saúde em todos os estabelecimentos e níveis de atenção, seja público ou privado. O artigo 7.º da resolução 585 determina, em sua extensão, que o farmacêutico deve prestar os cuidados à saúde centrados no paciente; trabalhar junto a outros profissionais da equipe visando a prevenção de doenças e recuperação da saúde; participar do planejamento e da avaliação farmacoterapêutica com o intuito de verificar aspectos como dose, frequência, horário, via de administração e duração de tratamento, fornecendo condições para o paciente seguir seu tratamento de maneira correta e autônoma; analisar as prescrições nos âmbitos legal e técnico; integrar a equipe multiprofissional realizando intervenções farmacêuticas, emitindo pareceres farmacêuticos devidamente registradas; participar de discussões de casos clínicos com outros profissionais da equipe de saúde; realizar as consultas farmacêuticas em consultório ou outro ambiente adequado que garanta a privacidade do indivíduo; realizar anamnese farmacêutica e verificar sinais e sintomas; acessar e conhecer o prontuário do paciente; solicitar exames laboratoriais de sua competência, bem como avalia-los com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia e individualização do tratamento; avaliar dados farmacocinéticos; prevenir, identificar, avaliar e intervir em agravos causados por medicamentos e/ou suas interações; elaborar o plano de cuidado farmacêutico, bem como pactuar com o paciente e equipe multiprofissional o seguimento desse plano; realizar o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente de maneira individualizada, avaliando a eficácia, segurança e adesão ao tratamento; realizar orientações farmacêuticas a paciente e outros profissionais de saúde da equipe; fazer a evolução farmacêutica, registrando-a no prontuário do paciente; dar suporte aos usuário, bem como familiares, cuidadores e comunidade quanto ao autocuidado à saúde (CFF, 2013).

A Resolução 585/2013 também determina a participação do farmacêutico na comunicação e educação em saúde junto aos pacientes, familiares, cuidadores, comunidade e equipe multiprofissional, bem como na aplicação do conhecimento acerca dos tratamentos medicamentosos.

A Resolução 586/2013, que “regula a prescrição farmacêutica (...)” (CFF, 2013) determina que o farmacêutico pode realizar a prescrição de medicamentos que sejam isentos de prescrição médica (MIP) em qualquer nível de atenção ou estabelecimento de maneira ética e seguindo os preceitos de segurança e eficácia. Medicamentos que exijam prescrição médica poderão também ser prescritos por farmacêutico desde que haja um diagnóstico médico prévio, bem como há a exigência de formação clínica do profissional, reconhecido pelo CRF.

7 DIFICULDADES QUANTO À PRESTAÇÃO DE CUIDADO FARMACÊUTICO NA ESF

Por vários motivos, apesar do grande número de legislações referente às atividades do farmacêutico no âmbito da ESF, ainda há muitas dificuldades para a prestação desses serviços.

Muitas vezes o atendimento farmacêutico está vinculado à consulta médica, quando o farmacêutico apenas atende a receitas médicas e, em muitos casos, não fazendo uma avaliação acerca dessa prescrição com as devidas intervenções quando necessário.

A controversa Lei Federal 5.991/1973 permitiu que farmácias fossem meros estabelecimentos comerciais, onde a prática de cuidado à saúde vinha em segundo plano. Essa lei permite que qualquer empreendedor se torne proprietário de uma farmácia (VIEIRA, 2007), tendo apenas a exigência de contratar um farmacêutico como responsável técnico, profissional esse que, muitas vezes, se torna um vendedor de remédios e, segundo Vieira (2007) o farmacêutico “perdeu o respeito da sociedade e refugiou-se em outras atividades, distanciando-se de seu papel de agente de saúde”. Dificuldade essa que vem sendo sanada com a publicação da Lei Federal 13.021/2014 que, como já dito nesse artigo, estabelece a farmácia de qualquer natureza como um estabelecimento de saúde e transforma o seu proprietário, e no caso de farmácias de unidades básicas de saúde (UBS) – os gerentes/coordenadores, em corresponsáveis (responsabilidade solidária) ao farmacêutico.

Porém, apesar da legislação exigir a presença integral do farmacêutico, bem como as condições mínimas de trabalho para a prestação do cuidado farmacêutico, ainda é possível encontrar farmácias de UBS sem a presença integral do farmacêutico, quando por muitas vezes esse profissional atua como um interlocutor em mais de uma unidade, impossibilitando-o de prestar os serviços pelo qual possui preparo. É possível observar também que em muitas unidades não há espaço para que o profissional possa desempenhar suas funções, estando os consultórios sempre destinados a outros profissionais.

A carga de trabalho também é um dificultador, pois o farmacêutico acaba se tornando o responsável pelo estoque, não só de medicamentos, mas também de materiais de enfermagem, odontológicos, fraldas, entre outros. Essa condição muitas vezes impossibilita o farmacêutico de prestar os seus serviços, visto que não possui uma retaguarda de técnicos de farmácia em número suficiente para que possa prestar as atividades de sua exclusiva responsabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado farmacêutico mostra-se como um serviço estratégico do SUS para a promoção à saúde, visto que existe um grande número de pacientes que utilizam vários medicamentos

concomitantemente. Esse serviço permite que os pacientes possam aderir à terapia de maneira segura e facilita a adesão aos tratamentos.

Apesar das dificuldades encontradas pelo farmacêutico para implantar o cuidado farmacêutico na ESF, atualmente já existem legislações que exigem a sua presença e sua participação em conjunto com a equipe multiprofissional, visando a melhora das condições de saúde, psicológica e social dos pacientes, tendo como resultado a elevação da qualidade de vida do usuário.

Para chegar a esses resultados, é necessário que o farmacêutico esteja devidamente atualizado em seus conhecimentos e se torne um profissional atuante em seus afazeres, não procurando ser apenas um coadjuvante na equipe, mas tomando iniciativa para fazer parte nesse cuidado. Também é necessário que o Poder Público enxergue o farmacêutico como uma estratégia para a melhora da saúde da população, inclusive reduzindo custos futuros com internações causadas por intoxicações medicamentosas e por problemas decorrentes da não adesão ao tratamento.

Referências Bibliográficas

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Recife, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf>>. Acesso em 23 mai. 2016.

BESEN, C. B; *et al.* A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, Santa Catarina, v.16, n.1, p.57-68, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7509/9023>>. Acesso em 24 mai. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Lei Ordinária n.º 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 21 nov. 1960. Seção 1, p. 15029.

BRASIL. Presidência da República. Lei Ordinária n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 dez. 1973. Seção 1, p. 13049.

BRASIL. Presidência da República. Lei Ordinária n.º 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, 11 ago. 2014. Edição extra, seção 1, p. 1.

CFF. Resolução n.º 499, de 17 de dezembro de 2008. **Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/499.pdf>>. Acesso em 28 jun. 2016.

CFF. Resolução n.º 585, de 29 de agosto de 2013. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em 28 de jun. 2016.

CFF. Resolução n.º 586, de 29 de agosto de 2013. **Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>>. Acesso em 28 jun. 2016.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.343-362, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09>>. Acesso em 26 mai. 2016.

CRF. **Farmacêutico sete estrelas.** Disponível em: <<http://portal.crfsp.org.br/index.php/farmacutico-7-estrelas.html>>. Acesso em 24 jun. 2016.

ESCOREL, S. L.; *et al.* O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em 07 jun. 2016.

FEITOSA, F. P. J. **O papel do farmacêutico no controle do uso racional de antibióticos.** Crato. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2006. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=199:o-papel-do-farmacutico-no-controle-do-uso-racional-de-antibiticos&id=32:esp.-assistencia-farmacutica>. Acesso em 24 jun. 2016.

INFOESCOLA. MELDAU, D. C. **SUS.** 2006-2016. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/saude/sus/>>. Acesso em 24 jun. 2016.

MATTOS (de), R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v.13, supl.1, p.771-780, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf_em_23/05/2016>. Acesso em 23 mai. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**, Brasília, 108 p., 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno 4: Resultados do projeto de implantação do Cuidado Farmacêutico no município de Curitiba. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**, Brasília, 100 p., 2015.

PEREIRA, L. R. L; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, Ribeirão Preto, vol.44, n.4, p.601-

612, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>>. Acesso em 24 jun. 2016.

SOUSA, H. W. O.; SILVA, J. L.; NETO, M. S. A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Imperatriz, v.5, n.1, p.67-72, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/REF/article/download/4616/3938>>. Acesso em: 24 jun. 2016.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v.12, n.1, p.213-220, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/20.pdf>>. Acesso em 24 jun. 2016.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Brasília, v.27, n.2, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a10v27n2.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2016.