

Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família

Clinical pharmaceutical assistance in primary care services offered through the family health program

Orenzio Soler^I
Mário Borges Rosa^{II}
Aroldo Leal da Fonseca^{III}
Maria de Fátima Fassy^{IV}
Mirthes Castro Machado^{IV}
Rosa Maria da Conceição e Silva^{IV}
Carlos Alberto Pereira Gomes^{IV}

^I Docente-Pesquisador. Programa Farmácia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. Faculdade de Farmácia. Departamento de Medicamentos. CEP: 21.941-590. Rio de Janeiro. RJ. Brasil

^{II} Consultor. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. CEP: 30140-040. Belo Horizonte. MG. Brasil

^{III} Consultor. Colaborador. Fundação Osvaldo Cruz – Fiocruz. Ministério da Saúde. CEP: 21040-360. Rio de Janeiro. RJ. Brasil

^{IV} Idealizadores do projeto. Fundação Ezequiel Dias – Funed. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. CEP 30510-010. Belo Horizonte. MG. Brasil

RESUMO - Este artigo avalia a estratégia da *assistência farmacêutica clínica* desenvolvida pelo farmacêutico nas equipes do Programa Saúde da Família – PSF e sua inserção na Atenção Primária à Saúde de Janaúba (MG). É um estudo de caso com recorte temporal entre maio e dezembro de 2008. Para a programação das tarefas que foram desenvolvidas pelos Farmacêuticos, partiu-se da linha de base de dados e informações armazenadas nos sistemas disponibilizados pela Secretaria de Saúde. O método foi concebido e as ferramentas de trabalho foram planejadas, desenvolvidas, testadas, incorporadas nos prontuários eletrônicos e os resultados monitorados e avaliados. Foram realizadas 1.883 avaliações de adesão aos tratamentos, 2.544 visitas domiciliares, 2.571 atendimentos farmacêuticos à demanda espontânea, 382 participações em grupos operativo-educativos, entre outras atividades. Observou-se, como resultado imediato, a efetiva participação do Farmacêutico na equipe multidisciplinar de saúde. O Farmacêutico conheceu o diagnóstico local (epidemiológico, demográfico, ambiental e socioeconômico), a estratificação dos pacientes por riscos das doenças, apropriando-se da população sob sua responsabilidade com metas definidas e resultados avaliados. Conclui-se, que as atividades da *assistência farmacêutica clínica* proporcionam ao Farmacêutico apoiar e cooperar efetivamente com as ações de promoção, prevenção e tratamento na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica Clínica. Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT - This article evaluates the strategy of pharmaceutical services developed by teams of clinical pharmacists in the Family Health Program - FHP and its insertion into Primary Health Janaúba City (Minas Gerais, a state in Brazil). We performed a case study of the time frame between May and December 2008. For evaluation of the tasks developed by pharmacists, we obtained baseline data and information from systems provided by the Department of Health Janaúba. The method was designed, work tools were designed, developed, tested and incorporated into online electronic medical records, and the results were monitored and evaluated. In this context, the pharmacist has to take ownership of knowledge (epidemiological, demographic, environmental and socioeconomic) of the local population under his or her responsibility, including its stratification by risk and its accountability, and must define goals and evaluate results. In the time frame studied, we observed 1883 assessments (sometimes relating to treatment adherence), 2544 home visits, 2571 instances of pharmaceutical care in response to growing demand and 382 instances of participation in educational duties, among other activities. As an immediate outcome of this study, it was observed that the pharmacist work has an effective participation in the health team. We conclude that the activities of the pharmaceutical care clinic contribute to better participation of pharmacists in primary health care.

Keywords: Clinical Pharmaceutical Assistance. Family Health Program. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Este artigo descreve a estratégia da estruturação da *assistência farmacêutica clínica* por meio do Programa Saúde da Família – PSF no município de Janaúba (MG), uma experiência inédita no Brasil. Aqui, compreende-se como *assistência farmacêutica clínica* as ações centrada em uma *práxis* ressignificada no campo do uso racional de medicamentos na Atenção Primária à Saúde, resultante de intervenções planejadas, estruturadas, articuladas, monitoradas e avaliadas.

De acordo com Gomes *et al.* (2007) a *assistência farmacêutica clínica* com foco central de ação no paciente, estrutura-se em ações técnico-assistenciais e técnico-gerenciais, reelaborando suas estratégias e métodos de trabalho. Utiliza-se de recursos cognitivos para assistir ao paciente em suas necessidades de tratamento e cuidado, para acompanhar e avaliar a ação, interferência e resultado do uso de medicamentos e outras intervenções terapêuticas. Sua ação integrada com uma equipe multiprofissional e outras práticas da atenção à saúde contribui decisivamente para a melhoria da qualidade desta atenção.

A função principal da *assistência farmacêutica clínica* se concentra em atividades educativas, apropriadas de outros saberes e práticas, dando aos pacientes condições de melhor compreender a sua doença ou condição, a importância do seguimento adequado do seu plano de cuidado, a proposta terapêutica e uso correto dos medicamentos. Em seu conjunto de atividades educa, auxilia e dá suporte ao paciente no autocuidado planejado e na avaliação dos resultados de seu tratamento.

Com esta compreensão, já em 2002, o diagnóstico do panorama da saúde em Minas Gerais levou a Secretaria de Estado da Saúde a elaborar o *Plano Estratégico da Saúde em Minas Gerais* (MINAS GERAIS, 2007), considerado como prioridade do atual governo. O Plano se estrutura no chamado *Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde* e organizado em *Sistemas de Redes de Atenção à Saúde* (MENDES, 2002; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004), que tem como base organizacional o Programa Saúde da Família – PSF. Este modelo compreende um dos componentes estratégicos para o *Plano Diretor da Assistência Farmacêutica Clínica* (GOMES *et al.*, 2007), pensado como um novo conceito no campo da *Atenção Primária à Saúde* (NAÇÕES UNIDAS, 1978), que em 2008 comemorou 30 anos.

A Fundação Ezequiel Dias – Funed (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais) em parceria com uma equipe de conceituados profissionais formularam uma proposta factível para a inserção do farmacêutico no Programa Saúde da Família – PSF, tendo como finalidade assegurar o uso racional de medicamentos, especialmente para doenças crônicas, aumentando assim a efetividade no campo das ações de saúde. Esta nova estratégia de atuação do profissional farmacêutico na atenção primária à saúde está publicada no livro “A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde” (GOMES *et al.*, 2007).

Ressalta-se, que a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais selecionou o município de Janaúba (MG) para a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais, justificado pelo seu compromisso com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. Este plano consiste em um conjunto de intervenções

integradas que vem sendo desenvolvidas pelas equipes do Programa Saúde da Família, direcionando as ações da atenção básica em saúde. Dessa forma, a população assistida recebe um serviço de saúde eficiente e de qualidade, sendo a maior beneficiária dessa política de saúde.

Para a estruturação do Plano Diretor da Atenção Primária todos os profissionais envolvidos na atenção básica vêm sendo capacitados através de oficinas conduzidas pelo Governo de Minas Gerais, com temas que possibilitam aos profissionais, entre outras ações, seguirem condutas orientadas por Linhas-Guias (MINAS GERAIS, 2006) e elaborarem a programação local de sua área, melhorando a resolubilidade e a qualidade dos serviços oferecidos pelo município.

É importante registrar que o município de Janaúba (MG), sede de uma das 75 microrregiões de saúde do estado, já havia avançado na implantação do Plano Diretor, proporcionando um cenário favorável para o projeto piloto de *assistência farmacêutica clínica na Atenção Primária à Saúde*.

Em Janaúba (MG), no ano de 2000 a mortalidade infantil foi de 31 óbitos por mil nascidos vivos, e em 2008 observou-se uma taxa de 4,3 óbitos por mil nascidos vivos (BRANDÃO, 2008). Possivelmente o principal fator para a redução deste número foi o foco na Atenção Primária à Saúde, o que levou ao município a cobertura de 100% do Programa de Saúde da Família – PSF. Atualmente, Janaúba (MG) conta com vinte equipes de PSF, cada equipe composta por médico, enfermeiro, dentista, agente de saúde, gerente, e um farmacêutico em média para cada três equipes de saúde.

Ao município coube o co-financiamento do projeto compartilhado pela Fundação Ezequiel Dias – Funed e pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde – DAB/SAS/MS, com a cooperação técnica da Unidade de Medicamentos e Tecnologia da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS no Brasil.

A *assistência farmacêutica clínica* para sua organização e operacionalização, adota premissas básicas definidas em conceitos e propósitos:

- O foco fundamental da abordagem da assistência farmacêutica é o paciente e não o medicamento;
- A assistência farmacêutica é uma atividade clínica, portanto uma atividade fim centrada no paciente como objetivo principal;
- O farmacêutico é um membro da equipe do Programa de Saúde da Família e tem as suas funções ampliadas, respeitando os estatutos profissionais legais;
- As ações educativas têm ambiente próprio e também permeiam as atividades programadas;

- Com especificidades de propósitos e sua contribuição à qualificação da atenção primária, a assistência farmacêutica é incentivada pelos resultados obtidos em acordo ao caráter original e experimental de sua implantação.

O trabalho do farmacêutico é orientado por meio da sua efetiva participação na equipe de saúde. Nesse cenário, ele tem que se apropriar do conhecimento do diagnóstico local (epidemiológico, demográfico, ambiental e socioeconômico), da população sob sua responsabilidade, da sua estratificação por riscos e da sua responsabilização por esta população, com definição de metas e avaliação de resultados.

Assim, estabeleceu-se que a *assistência farmacêutica clínica* deve:

- Estar fundamentada na responsabilização sanitária por uma população definida;
- Estar direcionada a assegurar a efetividade clínica, tendo a logística do medicamento como suporte;
- Aprimorar-se tecnicamente à execução das atividades assistenciais propostas por meio de um processo de educação permanente nos moldes da prática médica pautada em evidências clínicas;
- Priorizar a educação em saúde dos usuários, especialmente dos portadores de condições crônicas que requerem maior conhecimento sobre sua doença e sobre os medicamentos que utilizam (geralmente de uso contínuo);
- Compreender a importância das mudanças de comportamento no estilo de vida e da adesão aos tratamentos prescritos;
- Ser um educador para o autocuidado em saúde.

Como a Política de Assistência Farmacêutica em Janaúba (MG) está vinculada ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde e ao Planejamento Local da Unidade, sua identidade, objetivos, metas específicas e integração com as equipes de saúde potencializam sua vinculação ao planejamento geral, reforçando e fortalecendo as ações em saúde. Como já mencionado, tem como objetivo principal a *assistência clínica*, sendo seu foco centrado nos resultados das intervenções no paciente (usuário) e não os meios utilizados para o tratamento (GOMES *et al.*, 2007).

Acredita-se, que esta estratégia proporcione à população ressignificar os valores simbólicos do medicamento (SOLER, 2004), tornando-se um exemplo para o modelo de atividades a serem desenvolvidas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf em estruturação pelo Ministério da Saúde. Este trabalho teve como objetivo avaliar a estratégia da *assistência farmacêutica clínica* desenvolvida pelo farmacêutico nas equipes do Programa Saúde da Família – PSF e sua inserção na Atenção Primária à Saúde de Janaúba (MG).

MATERIAL E MÉTODOS

O processo de construção desta experiência iniciou com a fase exploratória da investigação, tempo este dedicado a se interrogar sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, o método apropriado e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003; YIN, 2005). Assim, optou-se por um estudo de caso, com recorte temporal entre maio e dezembro de 2008, a partir da linha base de dados e informações coletadas nos sistemas disponibilizados pela Secretaria de Saúde de Janaúba (MG).*

As etapas da implantação da *assistência farmacêutica clínica* em Janaúba (MG) teve início em setembro de 2007, quando o município contratou sete farmacêuticos que foram distribuídos entre as vinte equipes do Programa Saúde da Família – PSF (100% de cobertura) existentes no município. A distribuição dos profissionais foi organizada de forma que cada farmacêutico fosse responsável por, em média, três equipes. Isso aconteceu por motivos geográficos, já que alguns farmacêuticos, como os responsáveis por regiões rurais, ficaram com duas equipes, enquanto na zona urbana, cada farmacêutico ficou responsável por quatro equipes. O farmacêutico passou a ter *compromisso sanitário* por uma parcela da população previamente definida, sendo responsável por acompanhar/monitorar a saúde dos seus pacientes (usuários), executando atividades definidas como *assistências clínicas* em contraponto às atividades logísticas.

É importante registrar que foram realizadas apresentações do projeto para cerca de 240 trabalhadores envolvidos, divididos em quatro sessões consecutivas, possibilitando uma aproximação entre os distintos atores. Compreendendo a importância das ações propostas, os Agentes Comunitários de Saúde – ACS começaram a identificar e encaminhar aqueles pacientes (usuários) que necessitavam de atenção especial.

Para superar a dificuldade de interlocução dos farmacêuticos para com seus pares houve a necessidade de educação continuada, por meio de estudos em grupos das Linhas-Guias e das doenças prioritárias e seus tratamentos, em reuniões periódicas com a assessoria do grupo idealizador do projeto.

Utilizou-se, de métodos e técnicas, que permitem a gestão da terapêutica a exemplo da gestão de caso, dispensação

especializada, atendimento farmacêutico a demanda espontânea, participações em grupos operativos/educativos e as visitas domiciliares. Registra-se, que a Secretaria de Saúde de Janaúba (MG) priorizou agravos como asma grave em crianças menores de cinco anos de idades, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e idoso frágil.

Neste contexto, foram programadas e quantificadas as seguintes atividades para os farmacêuticos:

- *Acompanhamento da adesão* que visa medir o grau de adesão do paciente ao tratamento farmacológico, identificando os fatores que condicionam a não adesão. A partir daí, se estabelece um pacto com os pacientes (usuários) para o cumprimento do plano geral de cuidados.
- *Dispensação especializada* onde o farmacêutico realiza a entrega dos medicamentos pessoalmente, de forma reservada e conforme um sistema pré-fixado, aos pacientes (usuários) de primeiro diagnóstico, nova prescrição, dificuldade de adesão ou os encaminhados pelo médico. Também são agendados retornos para um melhor acompanhamento destas pessoas.
- *Conciliação de medicamentos* como método utilizado para racionalizar o uso de medicamentos, diminuindo assim a possibilidade de erros quando o paciente se encontra em pontos de transição dos níveis de assistência à saúde.
- *Gestão de caso* como ação desenvolvida em conjunto com outros membros da equipe de saúde, é dirigida aos pacientes (usuários) com problemas de adesão ao tratamento ou com elevado grau de risco.
- *Atendimento farmacêutico à demanda espontânea* que tem como finalidade avaliar, orientar, ajudar e educar pacientes (usuários) com dúvidas ou problemas em relação aos medicamentos, a partir de demanda espontânea ou agendamentos.
- *Participação em grupos operativo-educativos* para proporcionar informações sobre o uso racional de medicamentos e sanar dúvidas sobre sua perspectiva dos tratamentos, integrando-se efetivamente à equipe de saúde.
- *Visitas domiciliares* para acompanhar de perto os casos clínicos participando com a equipe multidisciplinar das visitas domiciliares.

* Janaúba é um município brasileiro do estado de Minas Gerais com uma população de 65.387 habitantes em 2007. Está localizada na Mesorregião do Norte de Minas, na área mineira do Semi-árido brasileiro e na micro-região da Serra Geral de Minas, da qual é a cidade pólo. Dista 132 km de Montes Claros e 547 km de Belo Horizonte. Conta com uma área de 2.151,71 km², sendo 39,54 km² perímetro urbano e com 20,00 km² de área urbanizada. Possui 25 bairros distribuídos em 06 regiões. Possui os seguintes equipamentos públicos de saúde: 01 Hospital Regional com 120 leitos, 03 Postos de Saúde (zona rural), 02 Ambulatórios de Unidade de Saúde (Hospitais), 08 Consultórios Odontológicos da rede pública urbana, 03 Consultórios Odontológicos da rede pública rural e 07 Centros de Saúde (zona urbana) [Dados disponibilizados em 2007 pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais por meio do Comitê de Assuntos Estratégico da Secretaria de Saúde de Minas Gerais e referenciado no Plano Estratégico da Saúde em Minas Gerais 2007-2010].

Tabela 1. Atendimentos da assistência farmacêutica clínica programados para o período de maio a outubro de 2008

Atividades programadas	Grupos prioritários										Total de atendimentos
	Hipertensos Médio, muito alto, risco alto	Diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina sem hipertensão	Tuberculose	Hanseníase	Idosos de alto risco/ idoso frágil	Criança asma moderada/ grave menor de 05 anos	Outros pacientes outras patologias	Soma das atividades	Atendimento farmacêutico		
Acompanhamento da adesão ao tratamento	4109	401	03	09	2180	88	NP	6790	1x	6790	
Gestão de caso	172	31	21	09	167	14	NP	414	3x	1242	
Dispensação especializada	357	34	03	1.5	185	44	NP	624.5	1x	624.5	
Conciliação de medicamentos	150	15	07	03	143	7.5	NP	325.5	3x	976.5	
Participações em grupos operativos/educativos	117	18	NP	NP	49	NP	NP	184	3x	552	
Visitas domiciliares	69	34	14	06	81	NP	NP	204	3x	612	
Atendimento Farmacêutico a demanda espontânea	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	
Total										10.797	

Fonte: Programação das ações e tarefas dos farmacêuticos com base no perfil epidemiológico do município (Pesquisa de campo, 2008)
NP – Não programado.

Em tempo, a Programação Local da Assistência Farmacêutica Clínica na atenção primária à saúde foi pactuada por categorias: resultados esperados, metas, descrição das atividades, parâmetro médio de percentual de atividades em função das especificidades de cada equipe, número de equipes por farmacêutico, perfil epidemiológico da população adstrita, atividades propostas, número de atividades programadas e prazos estabelecidos. Por fim, monitorou-se os resultados alcançados, o número total de atividades executadas e o percentual de cobertura do atendimento.

RESULTADOS

O município de Janaúba (MG) dispunha de duas farmacêuticas concursadas, responsáveis pelas atividades logísticas. A realidade local permitiu que fossem contratados mais sete farmacêuticos, garantindo assim, um farmacêutico em média, para cada três Equipes de Saúde da Família – PSF. A distribuição dos mesmos levou em consideração a disposição geográfica, demográfica e o local da residência dos respectivos farmacêuticos.

As Planilhas de Programação Local da Assistência Farmacêutica – PLAF se constituiu em um simulado de programação considerando um profissional farmacêutico para três equipes do PSF com as atividades/mês para 40 horas semanais. Registra-se, que a diversidade das atividades preconizadas para os farmacêuticos dificultaram o estabelecimento das metas quando comparado as de outros profissionais da equipe. Assim, chegou-se a proposição de que cada farmacêutico poderia realizar cerca de 240 atendimentos nas 40 horas semanais, divididos pelo número de equipes do PSF. Destaca-se, que o número de equipes por farmacêuticos ainda é experimental, pois como se trata de uma proposta que não foi encontrado pelos autores na literatura brasileira o relato de experiência deste tipo, não estando ainda definido qual é o número ideal de profissionais.

As informações referentes à população alvo (MENDES, 2002; MINAS GERAIS, 2005; 2006) a ser beneficiada foi referida e quantificada por condição ou patologia e estratificação por grau de risco considerando:

- Hipertensão de médio, alto e muito alto risco;
- Diabetes: usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão, não usuários de insulina com hipertensão;
- Tuberculose;
- Hanseníase;
- Idosos de alto risco/ idoso frágil: idosos acima de oitenta anos; idosos com mais de sessenta anos apresentando polipatologias (cinco ou mais diagnósticos), polifarmácia (cinco ou mais drogas/dia), imobilidade parcial

Tabela 2. Atendimento da assistência farmacêutica clínica executados no período de maio a outubro de 2008

Atividades realizadas	GRUPOS PRIORITÁRIOS										Total de atendimentos
	Hipertensos Médio, muito alto, risco	Diabéticos usuá-rios de insulina e não usuá-rios de insulina sem hipertensão	Tuberculose	Hanseníase	Idoso de alto risco/Idoso frágil	Criança asma moderada/ grave menor de 05 anos	Outros pacientes outras patologias	Soma das atividades	Atendimento farmacêutico		
Acompanhamento da adesão ao tratamento	1193	181	29	12	81	01	26	1523	1x	1523	
Gestão de caso	15	01	00	00	00	00	02	18	3x	54	
Dispensação especializada	182	30	06	12	04	00	45	279	1x	279	
Conciliação de medicamentos	13	02	00	00	00	00	03	18	3x	54	
Participações em grupos operativos/educativos	172	79	01	00	16	00	65	333	3x	999	
Visitas domiciliares	1405	198	31	33	112	02	187	1968	3x	5904	
Atendimento Farmacêutico a demanda espontânea	821	162	04	01	106	02	968	2064	1x	2064	
TOTAL										10.877	

Fonte: Relatório das atividades desenvolvidas (Pesquisa de campo, 2008)

ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, internações freqüentes ou pós-alta, dependentes nas atividades básicas diárias, insuficiência familiar;

- Asma moderada e grave (crianças menores de cinco anos).

Os parâmetros inicialmente propostos para a programação das atividades foram baseados na literatura (FUCHS, 2001; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004; WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2007) e, ajustados durante o processo de operacionalização das atividades pactuadas.

Na fase seguinte à implantação do projeto, os farmacêuticos passaram então a executar as ações programadas, sendo possível verificar a aceitação por parte da população, que reconhece o farmacêutico como parte integrante da equipe multidisciplinar de saúde, em especial por aqueles pacientes (usuários) que não conseguiam controlar a hipertensão e o diabetes, mas que estão hoje com estes agravos à saúde sob controle, melhorando a cada dia seus índices de adesão aos tratamentos (Tabela 3 – Medida do grau de adesão no período de maio a outubro de 2008).

Observaram-se, diferenças entre atividades programadas e atendimentos realizados. Para cada atendimento foi estabelecido um tempo médio de vinte minutos. Como existem atividades com necessidades de tempos distintos, estima-se que algumas atividades corresponderiam a um número maior de atendimentos. Como exemplo se pode inferir que um acompanhamento de adesão ou uma dispensação especializada são atividades que demandam um tempo de cerca de vinte minutos, enquanto uma visita domiciliar que tem um tempo previsto de sessenta minutos corresponderia a três atendimentos. Também, pode haver viés relacionado com as categorizações das atividades estabelecidas, isto é, na distinção de “idoso frágil” de “hipertensos” e/ou “diabéticos”, entre outros. Atualmente, para os pacientes (usuários) idosos com hipertensão e/ou diabetes os atendimentos são categorizados nas respectivas patologias e não na de “idoso frágil”. Contudo, esse viés somente está relacionado ao registro de produtividade/estatística em si, não a efetividade da ação.

Outro fator importante é que na programação inicial (Tabela 1 - Atendimento da assistência farmacêutica clínica programados para o período de maio a outubro de 2008), quando foram estabelecidas as atividades prioritárias com base nos dados epidemiológicos de Minas Gerais, foram inseridas crianças menores de cinco anos com asma moderada e grave. Quando da execução das atividades constatou-se que somente havia 01 criança com este perfil proveniente de outro município.

Tabela 3. Grau de adesão em maio e em outubro de 2008

Medida de adesão ao tratamento (MAT)	Grupos prioritários					
	Hipertensos Médio, alto, muito alto, risco	Diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina sem hipertensão	Tuberculose	Hanseníase	Idosos de alto risco/ Idoso frágil	Criança asma moderada/ grave menor de 05 anos
Usuários/pacientes acompanhados	960	113	10	06	15	NA
Média do grau de adesão / Maio de 2008	29,9	29,3	47,4	47,1	33,15	NA
Média do grau de adesão / Outubro de 2008	59,9	58,6	94,8	94,2	66,3	NA

NA – Não se aplica devido não ter tido ocorrência deste tipo de usuário/paciente.

Fonte: Pesquisa de campo (2008)

É importante registrar que no início das atividades houve um certo *estranhamento* por parte de membros das equipes, que não compreendia qual era o real papel do farmacêutico naquele contexto. Contudo, ao final dos seis meses, constata-se, que todos estão perfeitamente integrados, em especial com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, que interagem como elo entre as necessidades dos pacientes (usuários) e as habilidades e competências dos farmacêuticos, potencializando, assim, as estratégias farmacológicas e não-farmacológicas estabelecidas pelos profissionais da saúde. Neste cenário, é interessante assinalar que o corpo clínico reconhece, quando das entrevistas concedidas para a produção do vídeo sobre a da Assistência Farmacêutica Clínica na Atenção Primária à Saúde: Experiência de Janaúba – MG (MINAS GERAIS, 2009), a importância desse trabalho multiprofissional e multidisciplinar para a resolutividade do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim como nas atividades dos demais profissionais, que já é parte regular do que prevê o Plano Diretor da Saúde, as atividades descritas anteriormente foram pensadas para comporem a Planilha de Produção por Equipes de Saúde – PPES que os farmacêuticos passaram a ser co-responsáveis. Essa programação é, conforme idéia inicial, voltada especialmente para as condições clínicas observadas nos seguintes pacientes (usuários): diabéticos, hipertensos, hansenianos, tuberculosos, crianças com menos de cinco anos que portam asma grave e, por fim, idosos de alto risco (Tabela 1 – Atendimentos da *assistência farmacêutica clínica* programados para o período de maio a outubro de 2008).

Os resultados das atividades apresentados na Tabela 2 (Atendimento da *assistência farmacêutica clínica* executados no período de maio a outubro de 2008) demonstram que foram realizadas em seis meses 1.359 avaliações de adesão aos tratamentos, 1.747 visitas domiciliares, 1.822 atendimentos farmacêuticos à demanda espontânea, 311 participações em grupos operativo-educativos, entre outras atividades.

Em adição, pode-se, inferir que houve uma relação entre a melhoria da adesão aos tratamentos farmacológicos e as atividades implantadas, em média de 50% (Tabela 3 - Grau de adesão em maio e em outubro de 2008), alguns acima da média mundial em torno de 75%, (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2004) demonstrando o resultado efetivo do trabalho das equipes de saúde em um município com 100% de cobertura da atenção básica.

Ressalta-se, que a proposta inicial quanto conciliação de medicamentos, seria feita somente nos idosos que recebessem alta hospitalar. Assim, estabeleceu-se um fluxo onde era informado aos farmacêuticos os idosos que recebiam alta para que os mesmos fizessem a conciliação. Com esta dinâmica se observou pouca demanda, provavelmente justificado pela organização do Sistema Único de Saúde – SUS em Janaúba (MG) contar com um efetivo sistema de referência e contra-referência. Reavaliou-se, conjuntamente com *Programa Viva Vida*, (MINAS GERAIS, 2005) responsável pelos atendimentos especializados, da necessidade de busca ativa de todos os pacientes (usuários) com mais de duas patologias que recebessem alta na semana e, que usassem mais de cinco medicamentos, assim como, aqueles que utilizavam anticoagulantes. Esta dinâmica funcionou melhor. Observou-se, um excesso de visita domiciliar, mas quando se correlaciona as visitas com as efetividades dos tratamentos o resultado é satisfatório.

Sabe-se, que a estruturação de uma estratégia como a da *assistência farmacêutica clínica* iria encontrar algumas dificuldades inerentes a qualquer processo de inovação. Cumpre-se, registrar, que foi necessário superar dificuldades relacionadas com estrutura, sistematização das atividades, treinamento dos auxiliares de farmácia, informatização e rede, gestão de suprimentos, prontuários eletrônicos, dificuldade de retorno de informação para o médico e à equipe, assim como as atividades dos farmacêuticos não serem inseridas no prontuário eletrônico para registro de

produtividade. Em tempo, com a experiência adquirida, pode-se afirmar que há necessidade de 01 farmacêutico para cada Equipe de Saúde da Família.

CONCLUSÃO

A integração dos farmacêuticos às equipes de saúde não foi um processo fácil e rápido. Alguns obstáculos que se apresentaram inicialmente foram transpostos através de treinamentos específicos e muito trabalho. Pelo menos três momentos representaram desafios a serem superados, e que, já podem ser considerados como componentes a serem trabalhados em outros locais que venham a desenvolver esta modalidade de *assistência farmacêutica clínica*.

O primeiro obstáculo foi à compreensão do novo papel do farmacêutico pelos membros das equipes, o qual foi superado por meio da apresentação, esclarecimento e sensibilização dos trabalhadores envolvidos, possibilitando uma aproximação entre os distintos atores. Ao compreender a importância das ações propostas os Agentes Comunitários de Saúde – ACS passaram a identificar e encaminhar aqueles pacientes (usuários) que necessitavam de atenção especial.

O segundo obstáculo fez com que se buscasse superar as carências na formação dos farmacêuticos, a exemplo das dificuldades na abordagem aos pacientes (usuários), especialmente na comunicação com os idosos e suas dificuldades de adesão ao tratamento, entre outras. A realização de treinamento específico para os farmacêuticos com a participação de profissionais experientes foi fundamental para que os farmacêuticos se aperfeiçoassem, conquistando a confiança, a cumplicidade e amizade dos pacientes (usuários).

O terceiro obstáculo foi uma insegurança na interlocução com os profissionais prescritores, em especial os médicos. Um exemplo prático é que uma vez identificada a dificuldade do paciente em aderir à determinada estratégia terapêutica farmacológica ou não-farmacológica, buscava-se pactuar com o médico ou com a equipe clínica uma nova

estratégia de abordagem. Grupos operativos/educativos das Linhas-Guias e das doenças prioritárias e seus tratamentos em reuniões periódicas com a assessoria do grupo idealizador do projeto minimizaram este problema. Neste contexto, aponta-se, como perspectiva, socializar as fichas de acompanhamento nos prontuário eletrônico para todos os profissionais das equipes de modo a facilitar sua interlocução.

Inferi-se, por fim, que a Assistência Farmacêutica Clínica Integrada na Atenção Primária à Saúde, por meio Programa Saúde da Família e dos Núcleos de Assistência ao Programa Saúde da Família – NASF, compreende um conjunto de serviços que visam proporcionar uma melhor eficiência à gestão da terapêutica, utilizando-se de métodos e técnicas que permitam a integração ensino/serviço/comunidade a exemplo da gestão de caso, medida do grau de adesão aos tratamentos com medicamentos, reconciliação de medicamentos, dispensação especializada, atendimento farmacêutico a demanda espontânea, participações em grupos operativos/educativos, visitas domiciliares, bem como de Estudos de Utilização de Medicamentos e da difusão de informações para a promoção do Uso Racional de Medicamentos.

AGRADECIMENTOS

Instituições: OPAS/OMS-Brasil. Ministério da Saúde (DAB/SAS). Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Fundação Ezequiel Dias. Secretaria de Saúde de Janaúba (MG). **Colaboradores:** Adriana Pereira Rodrigues. Cassyano Januário Correr. Edney Mendes Pereira. Francisco José Pacheco dos Santos. Mário Borges Rosa. Mauro Silveira de Castro. **Farmacêuticos:** Carolyn Greice Silveira Alves. Danielle Azevedo Barbosa. Eliane Pimenta Borem Moreira. Júnia Fagundes Menezes. Klebsson Cantuária Santos. Magda Barbosa Saraiva. Poliana Silva Ribeiro. Thayze Helena Enéias Cordeiro. Tiago Ferreira Cangussu. **Agradecimentos Especiais:** Eugênio Vilaça Mendes. Helvécio Campos Albuquerque. Maria Helena Lemos Gontijo.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, A. Janaúba e sua bela história de saúde. *Pharmacia Brasileira*, 67: 12-15, 2008.
- FUCHS F. D.; BUSNELLO, R.G.; MELCHIOR R.; FACCIN C.; VETTORI D.; PETTER J.; MOREIRA L. B. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. *Arq Bras Cardiol.*, 76 (5): 349-51, 2001.
- GOMES, C. A. P. (Org.). FONSECA A. L. DA.; SANTOS F. J. P. DOS; ROSA M. B.; MACHADO M. C.; FASSY M. F. *A assistência farmacêutica na atenção à saúde*. Belo Horizonte: FUNED, 2007. 70p. ISBN: 978-85-7526-293-1
- MENDES, E.V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Secretaria de Estado de Saúde do Ceará. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186 p.

- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2005. **Manual para o gestor municipal de saúde**. Belo Horizonte. Programas Prioritários da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG). Programa Viva a Vida. p. 52. 140 p.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comitê de Assuntos Estratégico da Secretaria de Saúde de Minas Gerais. 2006. Linhas Guia e Manuais. Conteúdo editorial que tem por finalidade determinar, normalizar, padronizar ou regular as ações ou procedimentos.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comitê de Assuntos Estratégico da Secretaria de Saúde de Minas Gerais. O plano estratégico da saúde em Minas Gerais 2007-2010. 2007.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Fundação Ezequiel Dias – FUNED. Assistência Farmacêutica Clínica na Atenção Primária à Saúde: experiência de Janaúba (MG) [Video]. Produção: Lumiart/Hemisfério Criativo. Tiago Bento (Org.) Parcerias: Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Janaúba. Fundação de Assistência Social de Janaúba. Belo Horizonte/Janaúba – MG. Maio de 2009. 15:35 minutos.
- NAÇÕES UNIDAS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Afra Suassuna Fernandes/Juan A. Seclen-Palacin (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Produto Lia Lusitana Cardozo de Castro (BR-CNT-00548.001). “Categorias de Estudos de Prescrição e Utilização de Medicamentos Publicados no Brasil nos Últimos Dez Anos”. 2006.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. **Adherencia a Los Tratamientos a Largo Plazo: Pruebas para la acción**. Ginebra: OMS, 2004
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en el sistema atención de la salud: Declaración de Tokio**. Genebra: OMS, 1993. 37p.
- SOLER O. Assistência farmacêutica básica no Amapá: descentralização e acesso. Belém – Pará. 2003. 188 p., il. Tese de Doutorado em Ciências: Desenvolvimento Socioambiental. Núcleo de Altos Estudos Amazônicos. Universidade Federal do Pará. Belém. PA.
- WORLD HEALTH ASSEMBLY. WHA60.16. 2007. Progress in the rational use of medicines.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p., il..

Recebido em 18/09/2009
Revisado em 24/09/2009, 03/12/2009 e 24/03/2010
Aceito em 21/06/2010

Correspondência:

Orenzio Soler
orenziosoler@gmail.com
Programa Farmácia Social.
Departamento de Medicamentos.
Faculdade de Farmácia.
Av. Pau Brasil, s/n. Bloco K – Sala 050.
Cidade Universitária. Ilha do Fundão.
Universidade Federal do Rio de Janeiro.
CEP: 21.941-590.
Rio de Janeiro. RJ. Brasil