



A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO PARTE DO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE NO SUS

Felipe Tadeu Carvalho Santos

Coordenador da AT Assistência Farmacêutica
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo





TÓPICOS

1

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

2

ACESSO E USO DE MEDICAMENTOS

3

RESSIGNIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

4

CONTRIBUIÇÕES DO CUIDADO FARMACÊUTICO NOS RESULTADOS EM SAÚDE



COLOCAR OS DADOS DA
CONSULTA, EXAMES E
PARTO NO PRONTUÁRIO DE
ACOMPANHAMENTO DA
GESTANTE



Por que não usar
ou protetor de

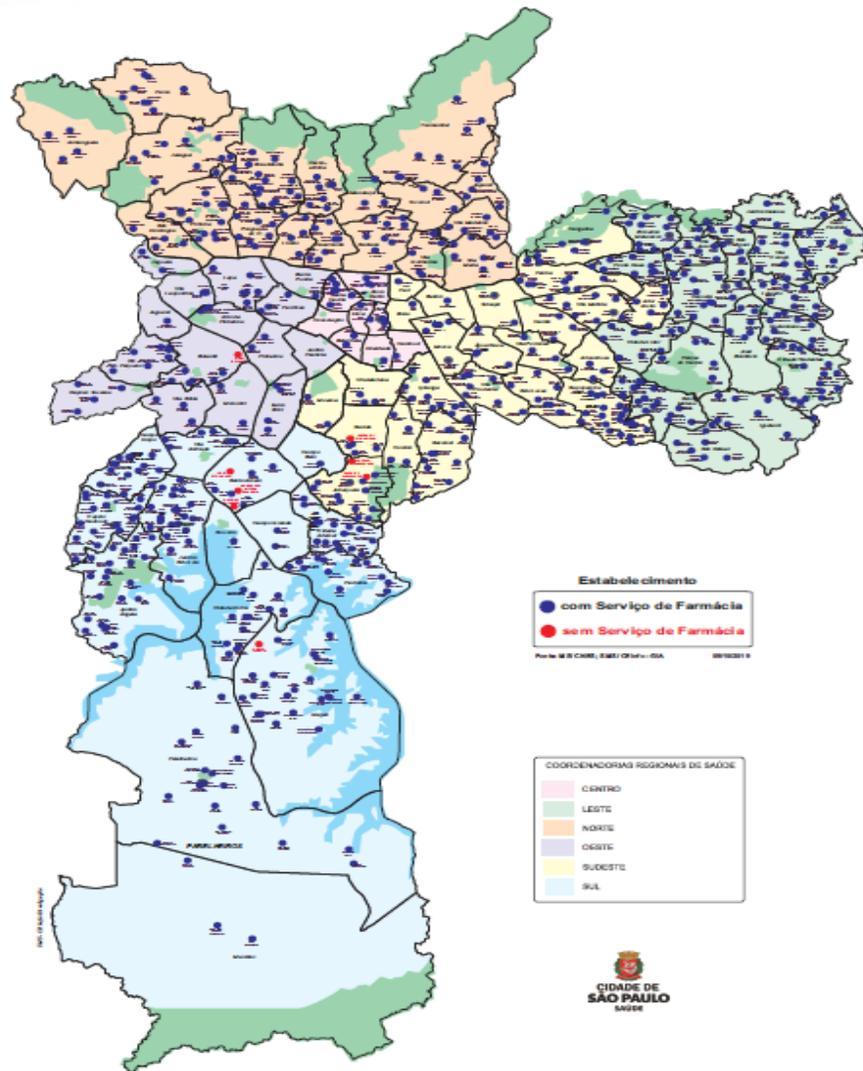
Posição Correta

Posição Incorreta



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE





DADOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

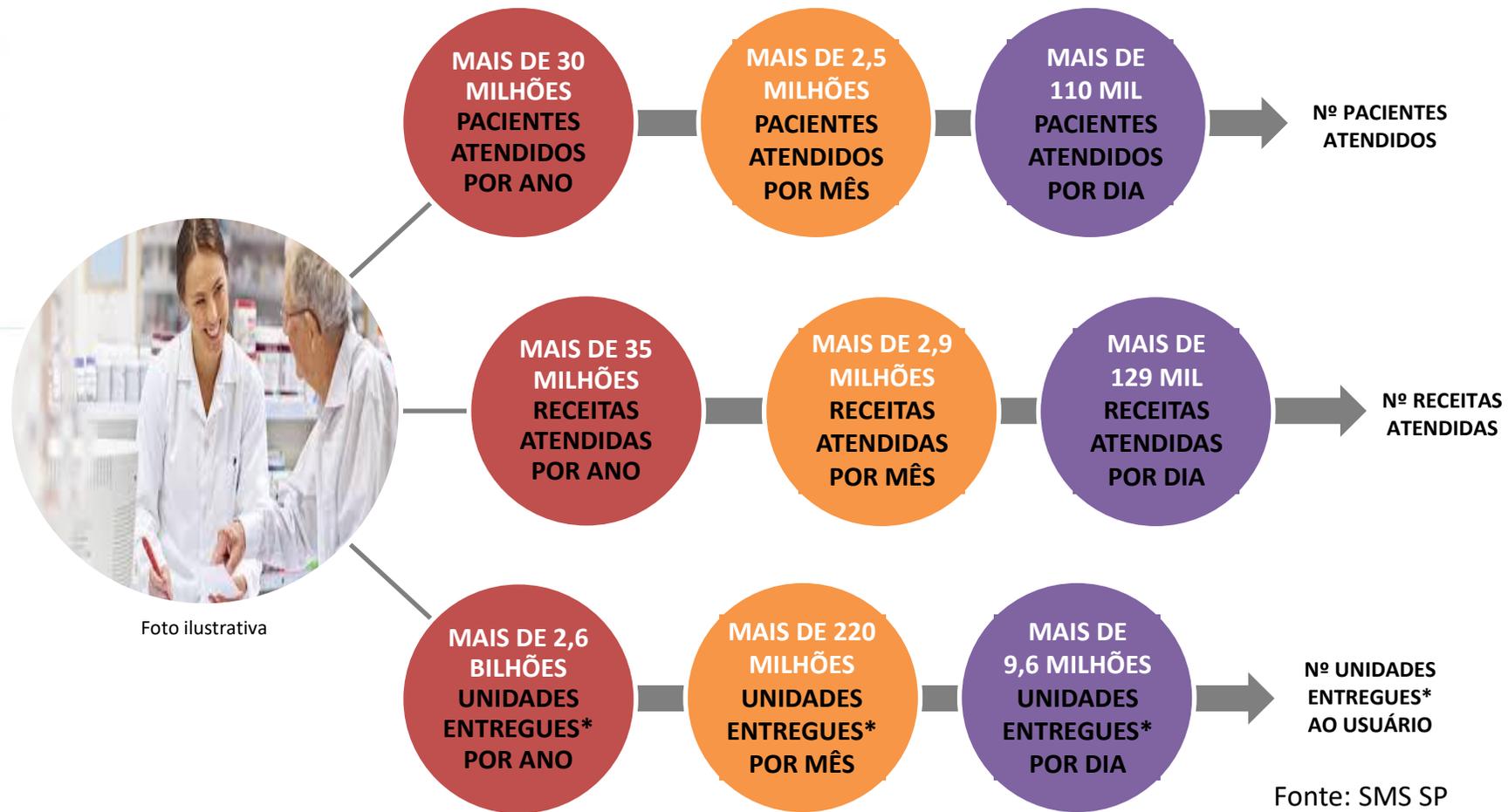
Unidade	Nº farmacêuticos	Nº técnicos	
AE	10	32	
AMA	31	141	
AMA UBS	90	361	
AMA ESPEC	12	33	
CAPS	CAPS AD	48	65
	CAPS ADULTO	40	67
	CAPS IJ	33	45
CRST	4	0	
CRPICS	0	2	
CR DOR	1	0	
CSE	1	5	
CTA	2	12	
SAD	0	1	
SAE	19	59	
UBS	416	1038	
UPA	106	239	
URSI	4	0	
Total	817	2100	

Total de farmácias no município de São Paulo: **649**

Fonte: CeInfo – adaptado com informações das CRS, janeiro 2023

DADOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Atendimentos realizados nas farmácias públicas municipais da SMS SP



*Unidades entregues: corresponde a soma da quantidade dos medicamentos entregues ao usuário.



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE





Políticas Farmacêuticas, enquanto políticas públicas setoriais, são partes integrantes das políticas de saúde dos países.

▪ Até 2007 - **62 países**



Documento oficial de Política Farmacêutica atualizado nos últimos 5 anos



PANORAMA NAS AMÉRICAS

- 71% países possui Pol. Farmac.
- 25% atualizou últimos 5 anos
- 50% possui plano implementação
- 66% integrada política de saúde

“Ter um documento de Política Farmacêutica não garante a sua implementação.”



ESTRATÉGIAS, PROGRAMAS E AÇÕES NO SUS

Constituição Federal de 1988: *“saúde é direito de todos e dever do Estado”*

Política Nacional de Medicamentos (PNM)

Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)
Programa Farmácia Popular do Brasil (PFRP)

1990

Lei Orgânica nº 8080/1990

1998

Política de Medicamentos Genéricos e criação da ANVISA

1999

Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB)

2001

Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

2004

2006

Artigo 6º Determina como campo de atuação do SUS **“formulação da política de medicamentos (...)”** e **“execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.”**

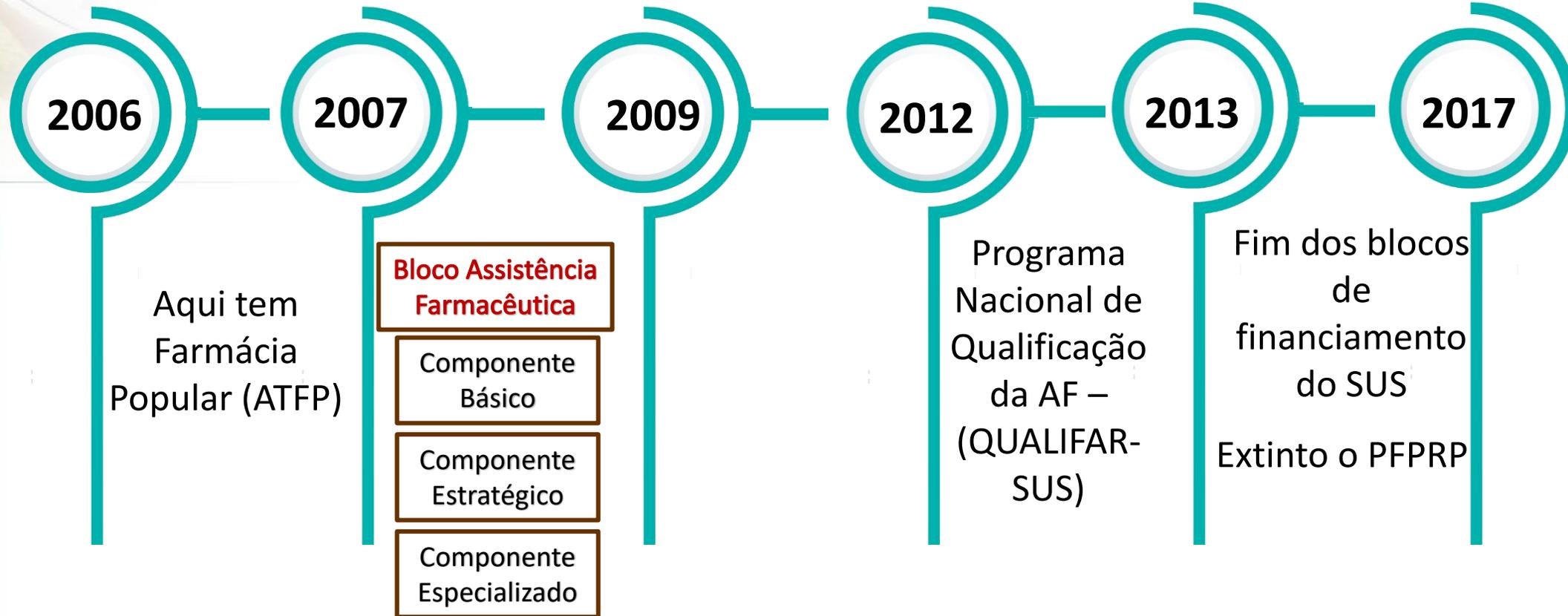


ESTRATÉGIAS, PROGRAMAS E AÇÕES NO SUS



Sistema Nacional de
Gestão da AF - HÓRUS

Base Nacional de Dados
AF no SUS

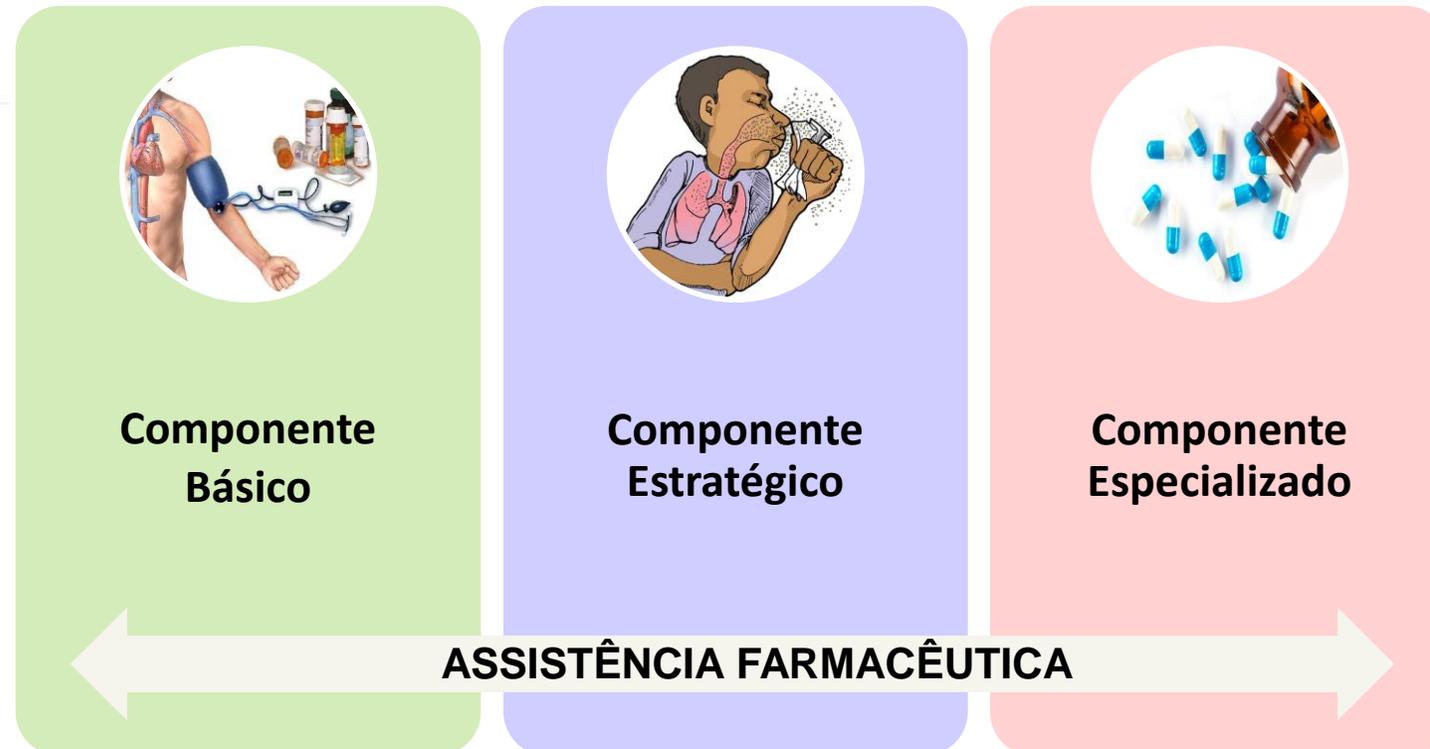


Financiamento do SUS

ORGANIZAÇÃO DA AF PÚBLICA NO BRASIL

- ✓ Devem ser garantidos recursos que viabilizem ações de AF;
- ✓ É de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- ✓ Financiamento tripartite (entes federal, estadual e municipal).

Portaria GM/MS nº 204/2007



ORGANIZAÇÃO DA AF PÚBLICA NO BRASIL



Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

- Envolvem um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo MS, SES e SMS, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao **atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica.**
- **A responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento desses medicamentos e insumos à população cabe aos municípios.** Exceção: insulinas humanas e contraceptivos que são adquiridos de forma centralizada pelo MS.
- **No MSP os medicamentos estão disponíveis em farmácias municipais da rede básica. Podem estar disponíveis também na Farmácia Popular ou Farmácias Dose Certa.**

Portaria nº 1.555/2013

- União: R\$ 5,10 hab./ano
- Estado: mínimo R\$ 2,36 hab./ano
- Município: mínimo R\$ 2,36 hab./ano

Portaria Consolidação nº 6/2017

- União:
- IDHM muito baixo: R\$ 6,05 por hab./ano;
- IDHM baixo: R\$ 6,00 por hab./ano;
- IDHM médio: R\$ 5,95 por hab./ano;
- IDHM alto: R\$ 5,90 por hab./ano;
- IDHM muito alto: R\$ 5,85 por hab./ano



ORGANIZAÇÃO DA AF PÚBLICA NO BRASIL



Componente
Estratégico da
Assistência
Farmacêutica
(CESAF)

- Tem o objetivo de garantir o acesso a medicamentos **destinados a agravos com potencial endêmico e doenças negligenciadas**, dispensados na atenção básica.
- A responsabilidade pela aquisição dos medicamentos é do Ministério da Saúde, que é realizada de forma centralizada e repassa os medicamentos aos Estados para que os mesmos distribuam aos Municípios.
- No MSP a maioria dos medicamentos estão disponíveis em farmácias municipais da rede básica.

Constituem
programas de
saúde estratégicos



- » Controle da Tuberculose, Hanseníase, Hepatite
- » IST/AIDS
- » Endemias Focais: malária, leishmaniose, dengue, toxoplasmose, cólera, doença de Chagas, influenza, etc
- » Coagulopatias e hemoglobinopatias
- » Alimentação e Nutrição
- » Controle do Tabagismo
- » Dentre outras



ORGANIZAÇÃO DA AF PÚBLICA NO BRASIL



Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

- Busca da garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**, publicados pelo Ministério da Saúde.
- A responsabilidade pela aquisição dos medicamentos pode ser do Ministério da Saúde ou dos estados, depende do grupo que o medicamentos está enquadrado.
- No MSP os medicamentos estão disponíveis nas farmácias estaduais do CEAF (conhecidas antigamente como farmácias de “alto custo”).

Grupos de financiamento do CEAF

- Grupo 1: medicamentos financiados pelo MS.
 - Grupo 1A= adquiridos pelo MS e entregue aos estados.
 - Grupo 1B= MS repasse recurso aos estados para aquisição.
- Grupo 2: financiados e adquiridos pelos estados.
- Grupo 3: financiados conforme CBAF.



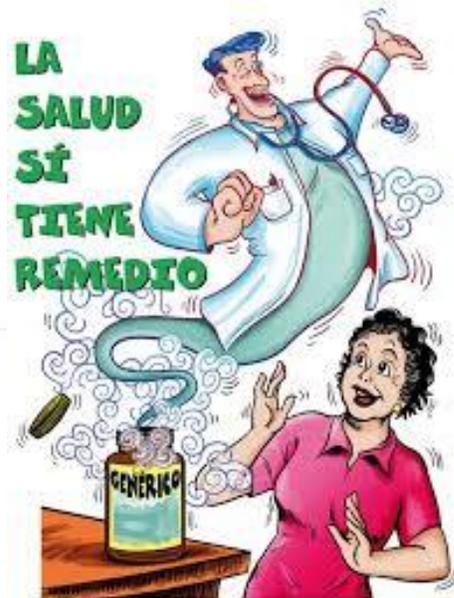


PANORAMA DO ACESSO E USO DE MEDICAMENTOS





O MEDICAMENTO tem se destacado como um insumo terapêutico essencial no cuidado da saúde da população e tem ocupado um **lugar hegemônico na sociedade atual.**



Quando utilizado de forma racional, o medicamento passa a se apresentar como um dos recursos de melhor custo-efetividade, entretanto quando utilizado de forma inadequada, vem a ser um significativo **problema de saúde pública** (Nicoline, Vieira, 2011).



Conceito de Assistência Farmacêutica – PNAF 2004:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o **ACESSO** e seu **USO RACIONAL** (...)



ACESSO

USO RACIONAL





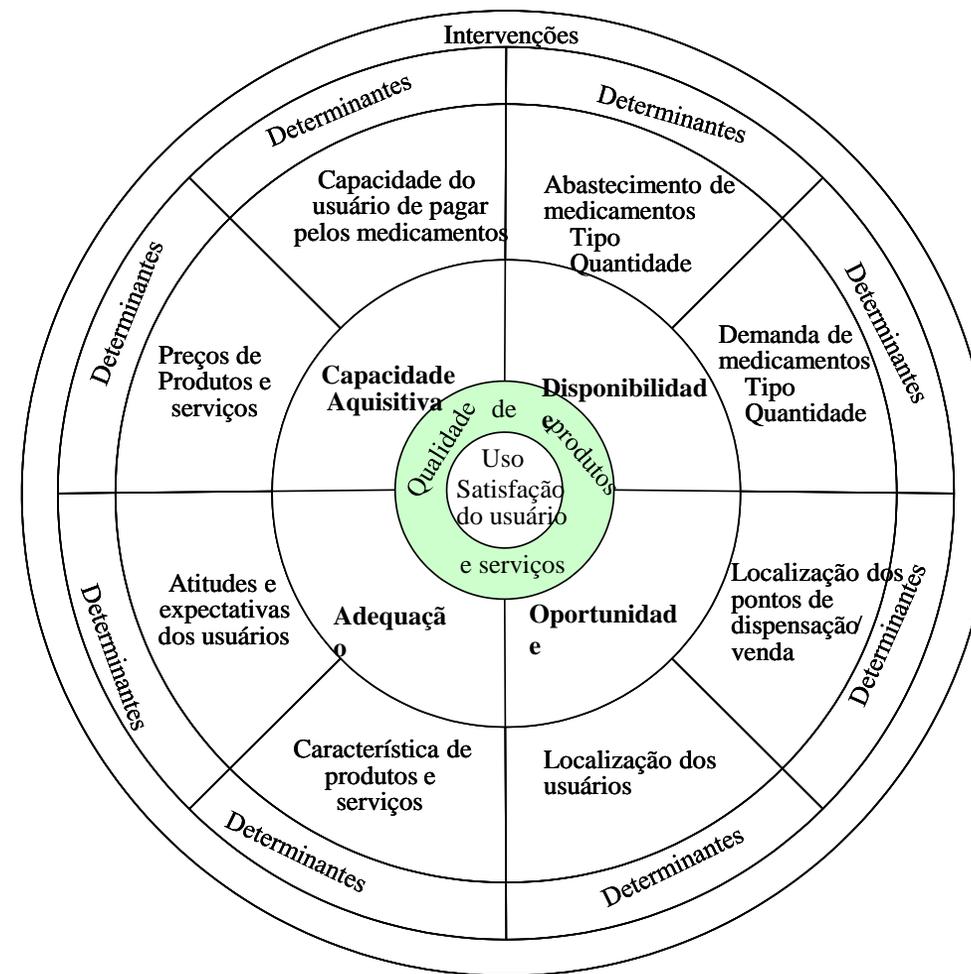
ACESSO

“Relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa **necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo consumidor, com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado**”

Bermudez et al, 2002

DIMENSÕES DO ACESSO:

- Disponibilidade
- Capacidade aquisitiva
- Acessibilidade geográfica (oportunidade)
- Aceitabilidade (adequação)



FONTE: Adaptado WHO, 2001

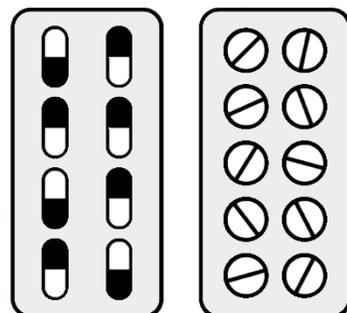


PNAUM

Pesquisa Nacional sobre o Acesso,
Utilização e Promoção do Uso Racional
de Medicamentos no Brasil

PESQUISA, INFORMAÇÃO E
MAIS SAÚDE PARA O BRASIL



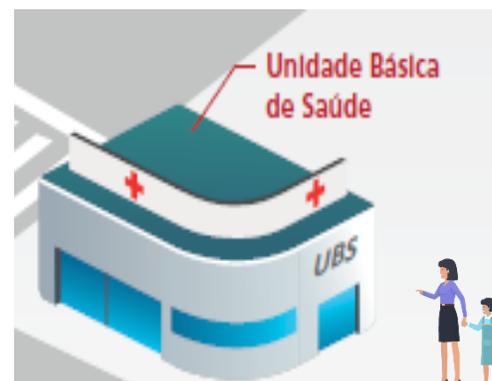


DISPONIBILIDADE
59,8% acesso total
35,9 % acesso parcial
4,3% não tem acesso



ACEITABILIDADE

93,1% atendimentos nas unidades dispensadoras de medicamentos ocorrem com respeito e cortesia pelos funcionários
90,5% muito bom/bom o atendimento das unidades



ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA

60% a unidade básica de saúde não ficava longe de sua residência
83% muito fácil/fácil chegar até a unidade
64,5% caminhar até a unidade de saúde



ACESSO

Padronização de medicamentos

Aumento do financiamento

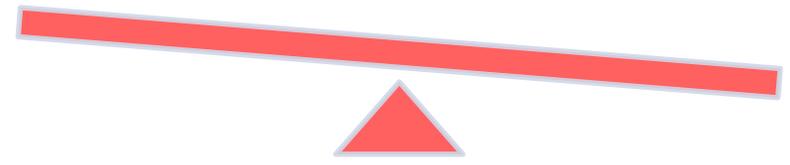
Melhoria do acesso

USO RACIONAL MEDICAMENTOS

Alta MMRM

Alto nº problemas relacionados à farmacoterapia

Baixa adesão



Dados da OMS destacam a **morbimortalidade relacionada aos medicamentos (MMRM)** como um significativo problema de saúde pública.

A MMRM está relacionada a:

- medicamentos desnecessários;
- inefetividade terapêutica;
- falta de adesão ao tratamento;
- intoxicações medicamentosas;
- reações adversas;
- interações medicamentosas.

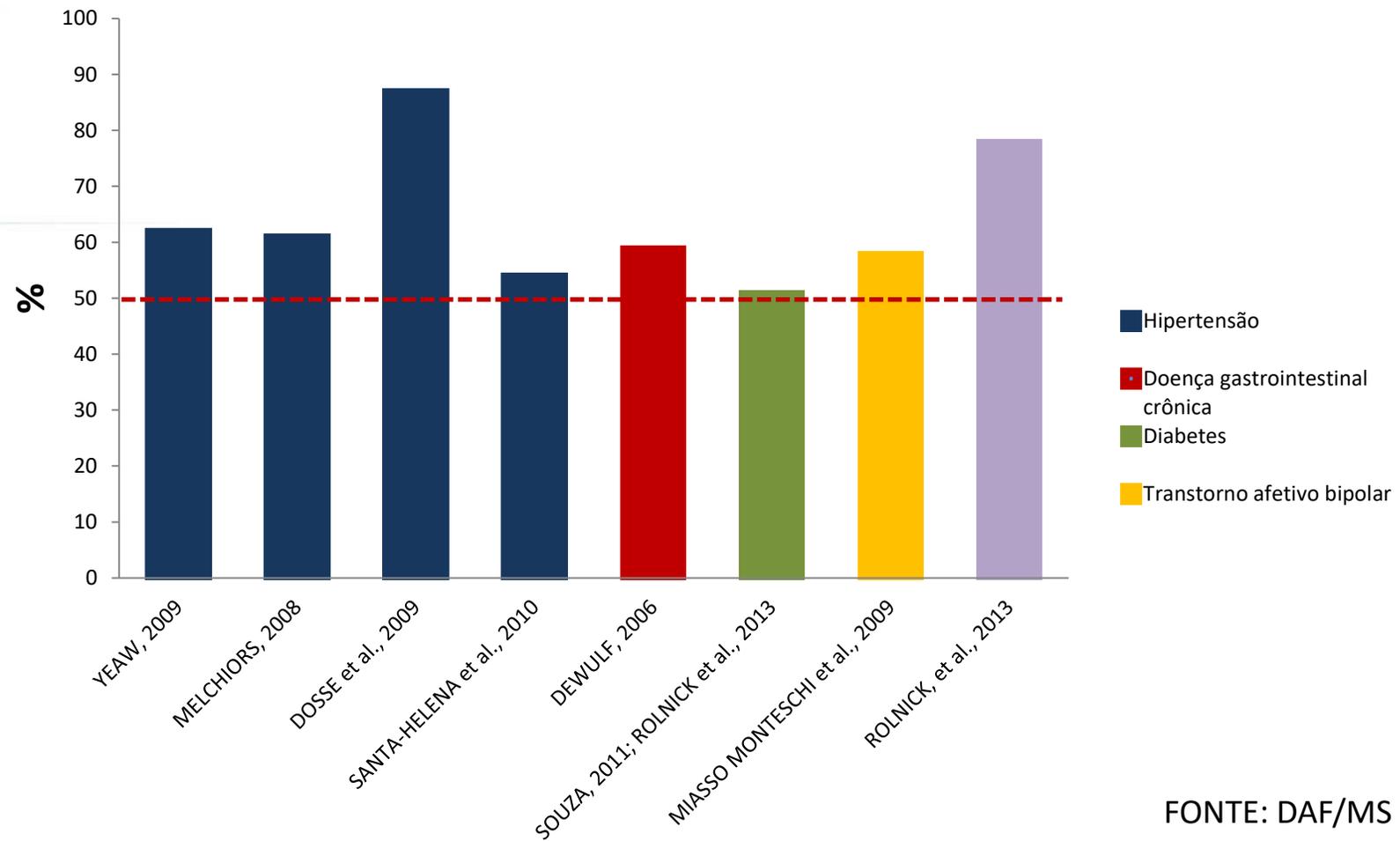
A MMRM gera:

- alta procura por serviços saúde;
- aumento de internações;
- desperdício de recursos;
- maiores custos;
- aumento dos danos à saúde;
- piora da qualidade de vida.



Baixa adesão

TAXAS DE NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO





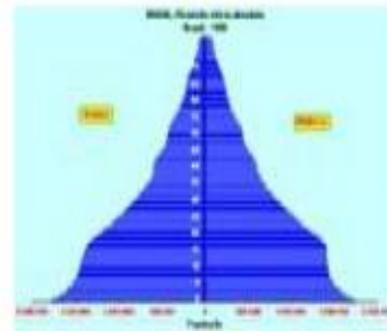
- ✓ Falta de informação
- ✓ Baixo letramento em saúde
- ✓ Complexidade da farmacoterapia
- ✓ Falta de acompanhamento profissional específico

❖ Transição demográfica

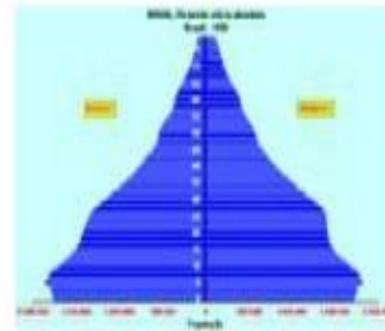
10% da população idosa
20 MILHÕES

BRASIL
2005 a 2030

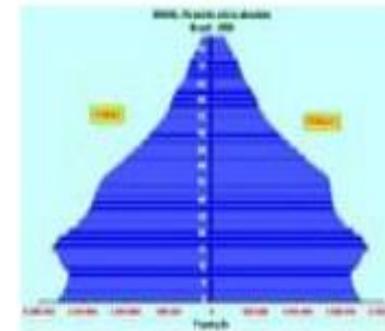
15% da população idosa
MAIS DE 40 MILHÕES



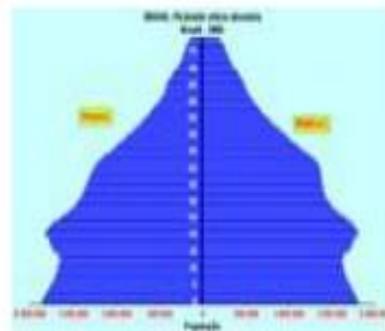
1980



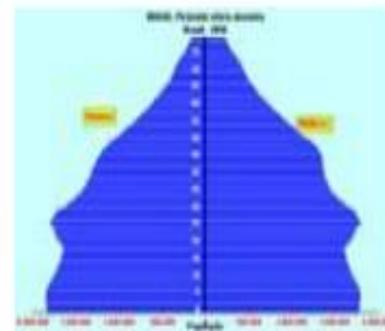
1990



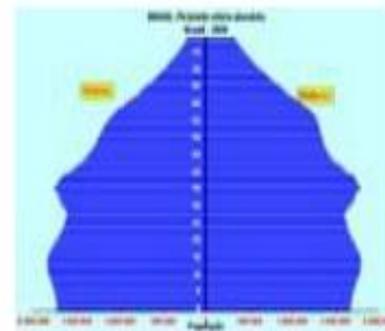
2000



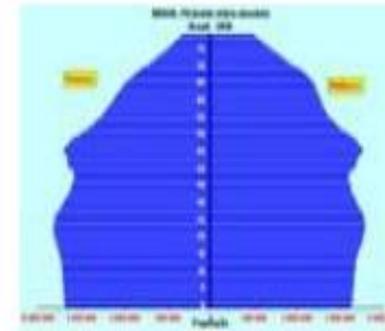
2005



2010



2020



2030

Mendes, 2011



PERSPECTIVAS...

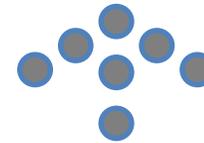
As DCNT são consideradas um dos problemas globais **mais desafiadores** na saúde pública, estando entre as **principais causas de mortes** no mundo. No Brasil, foram responsáveis por **72%** da mortalidade no ano de 2011.



Transição demográfica e epidemiológica



Aumento do consumo de medicamentos.



Aumento das DCNT



Aumento da população adulta e idosa



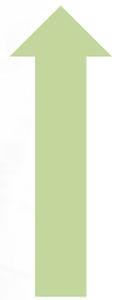
RESSIGNIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS



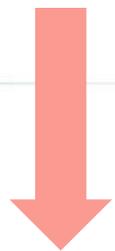


Politização da questão saúde
Articulação e divisão de responsabilidades entre entes
Mudança no arcabouço e práticas institucionais
Processo social em construção
Propagação de nova consciência sanitária
Reforma sanitária incompleta





❑ O SUS contribuiu para avançar na distribuição da **infraestrutura** dos serviços de saúde, **cobertura**, **acesso**, disponibilização de **recursos humanos**, assim como em maiores investimentos em **ciência e tecnologia** e **cuidados primários**, além da maior conscientização pública sobre o direito da assistência à saúde.



❑ Carece de uma **maior integralidade** do acesso e uniformização da sua abrangência, **integração** entre os serviços, além de uma reestruturação do **financiamento** e eficiência na **regulação** do setor privado da saúde.



Os desafios atuais do SUS surgem em meio a uma **mudança demográfica e das características epidemiológica** da população brasileira, que vem se modificando ao longo dos anos e exige assim uma **transição de um modelo** de atendimento agudo para um modelo baseado na saúde intersetorial, com promoção e integração dos serviços de saúde.



A **crise contemporânea** dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro de um perfil epidemiológico dominante de condições crônicas em meio a uma estrutura assistencial com foco a responder aos eventos agudos e de caráter curativo.



A análise de carga de doenças no país mostra que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais representam **75% da carga global de doenças** no país, enquanto as condições agudas representadas pelas doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e nutricionais somam 25%.



As DCNT são consideradas um dos problemas globais **mais desafiadores** na saúde pública, estando entre as **principais causas de mortes** no mundo. No Brasil, foram responsáveis por **72%** da mortalidade no ano de 2011.





SUS, E AGORA?



SITUAÇÃO DE SAÚDE X ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

- Transição demográfica acelerada
- Tripla carga de doenças
- Predominância das condições crônicas

- Sistema fragmentado
- Episódico e reativo
- Voltado principalmente para condições agudas e agudizações das condições crônicas



- A variabilidade dos casos e a **complexidade do processo saúde-doença** dificultam a aplicação de procedimentos operacionais padronizados, construídos a partir de um conhecimento prévio e com base na racionalidade tecnológica.
- Nessa perspectiva, confirma-se a necessidade de uma amplitude assistencial, que possibilita uma **atuação articulada** e o fortalecimento de um **sistema integrado** que supere as fragmentações das ações dos serviços de saúde.



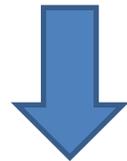
A análise mais atual dos desdobramentos do processo saúde-doença tem conduzido para uma evolução do conceito biomédico do cuidado. Surge a **incorporação de diversos valores** ligados a atenção à saúde na sua conjuntura mais atualizada e moderna, como qualidade de vida, realidade social, relações pessoais, intersetorialidade, cidadania e outros.



PRODUÇÃO SOCIAL DAS DOENÇAS

- As concepções de saúde e doença também apresentam transformações em diferentes movimentos históricos e refletem **novos paradigmas**:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o **meio físico** (condições geográficas, água, alimentação, habitação); o **meio socioeconômico e cultural** (ocupação, renda, educação); **fatores biológicos** (idade, sexo, genética) e a oportunidade de **acesso** aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.” (BRASIL, 1990)



Superação do modelo centrado na doença e do reducionismo.



Agregação de conceitos de qualidade de vida, cidadania e inclusão social.



Consideração da complexidade e da integralidade.





- ❖ Por mais que a Assistência Farmacêutica esteja destacada em algumas legislações que fundamentam a organização dos serviços de saúde no país como a Lei orgânica do SUS, **observa-se uma necessidade de repensar o posicionamento da Assistência Farmacêutica nos serviços de saúde.**

Foco na discussão ampliada do acesso, na aproximação com a população e conhecimento das suas necessidades e da **corresponsabilização com o cuidado** ao paciente.

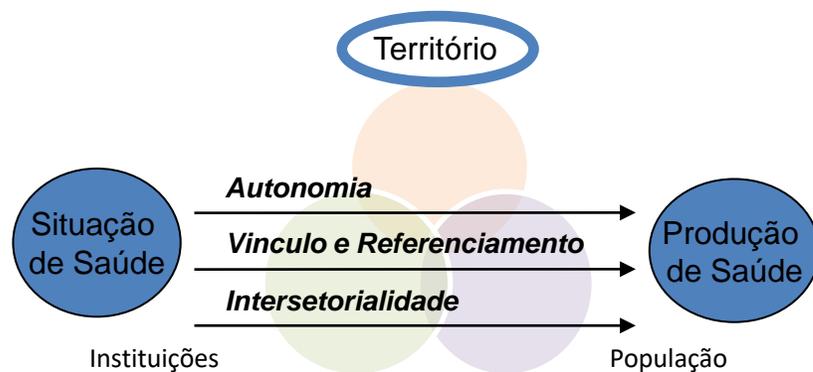


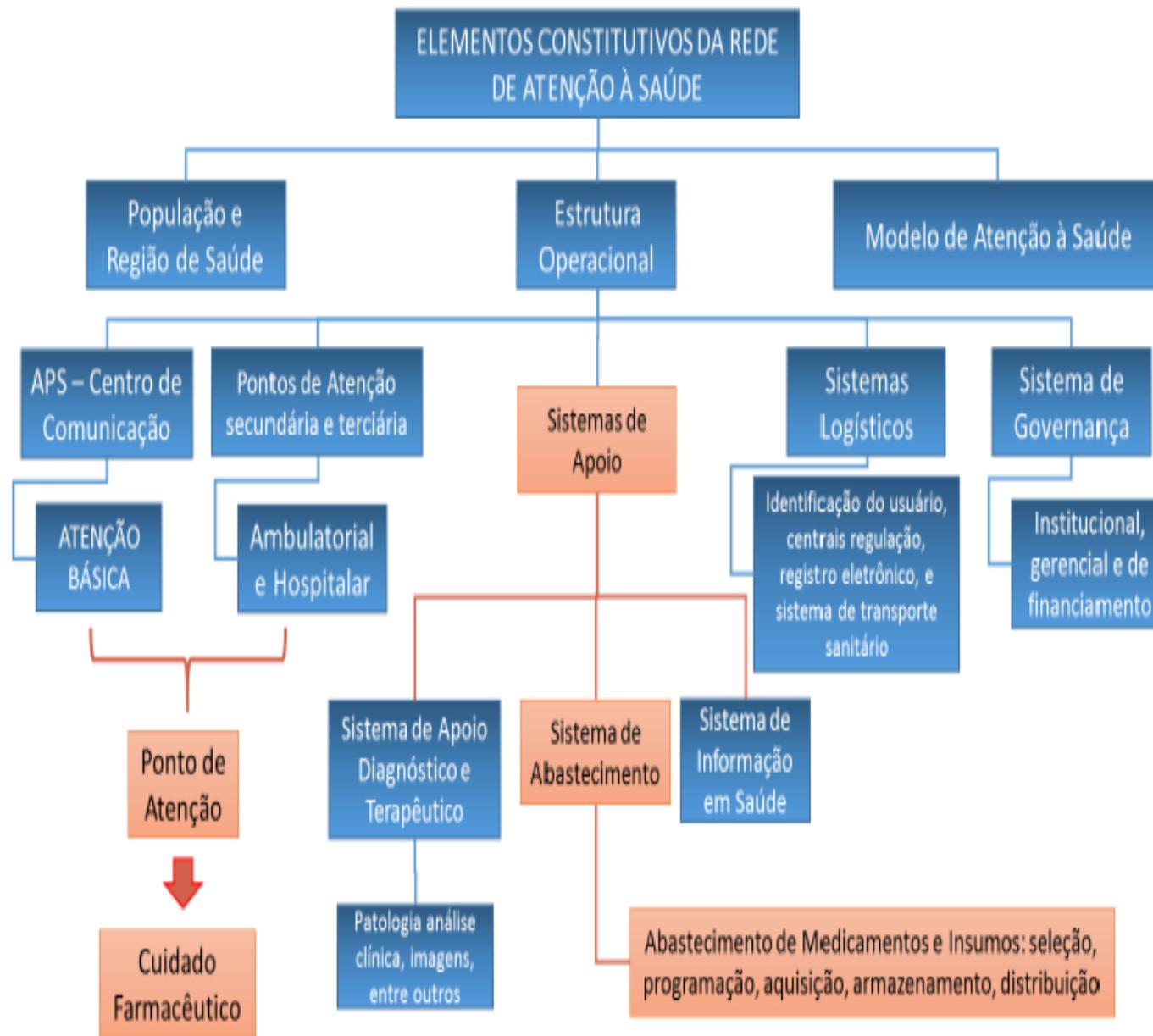
Nesse contexto, a área farmacêutica tem um papel agregante na organização dos sistemas de saúde, uma vez que atua de **forma transversal** entre os serviços e consolida os vínculos com a população, assim como fortalece os princípios da universalização e da integralidade.



RESSIGNIFICAÇÃO DA AF NO SUS

- Pressupõe a **abordagem integral** do processo saúde/doença.
- Exige saberes e tecnologias de **vários campos** do conhecimento.
- Pressupõe a **participação integrada** de diferentes profissionais.
- Considera o usuário como **sujeito social** e como sujeito de seu próprio processo terapêutico.
- Valoriza a **participação social**.





□ **PNAB 2017:**

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



Suprimentos
(**impacto**)



Gestão da
segurança
(**risco**)



Altos
investimentos
(**custo**)



Provisão de
medicamentos
(**acesso**)



Gestão do
cuidado
(**?**)

← **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA** →



- ✓ A Assistência Farmacêuticas nas Redes de Atenção à Saúde remete a práticas voltadas essencialmente para o **FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS**, o que **NÃO TEM DADO CONTA** de atender às **NECESSIDADES DE SAÚDE** da população;



A crescente morbimortalidade relativa às doenças e à farmacoterapia exige um **NOVO POSICIONAMENTO** da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde, com a incorporação de práticas assistenciais integradas e de corresponsabilização com os **PROCESSOS DE CUIDADO**.



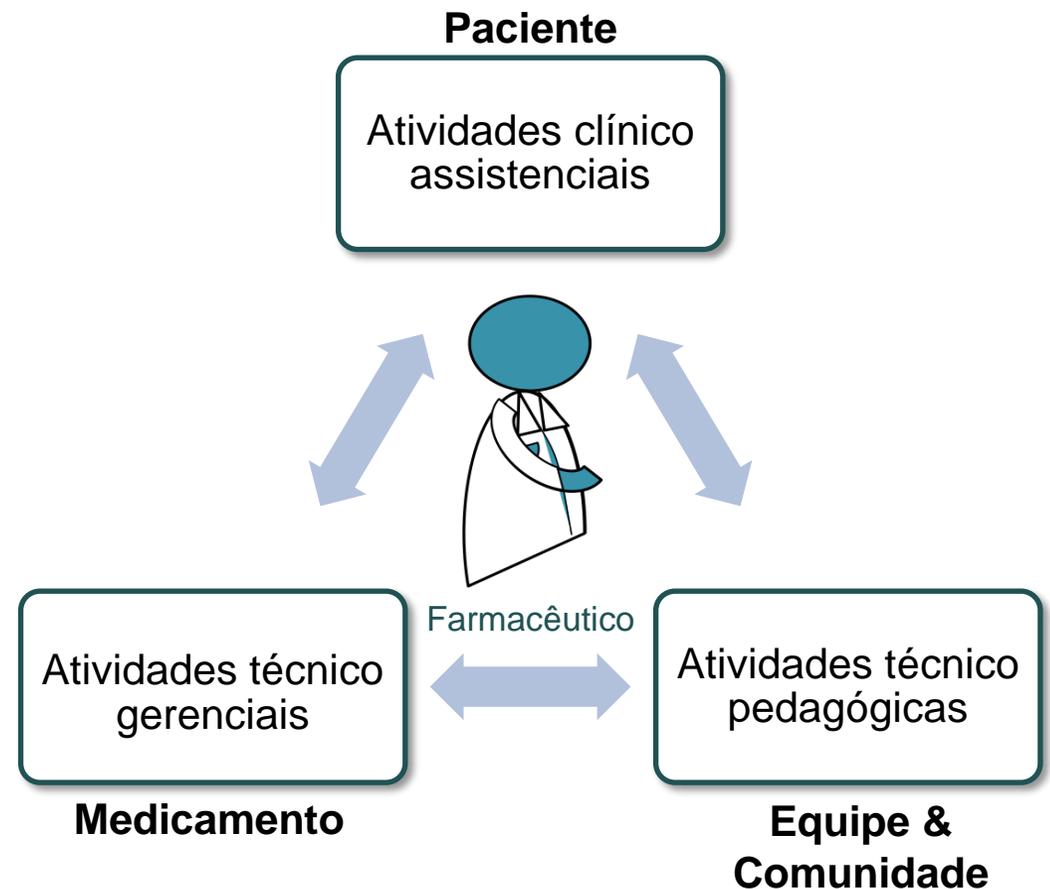
CONTRIBUIÇÕES DO CUIDADO FARMACÊUTICO NOS RESULTADOS EM SAÚDE





CUIDADO FARMACÊUTICO

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





Diário Oficial

Cidade de São Paulo

Nº 202 - DOM de 27/10/2016 – p.17

SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

PORTARIA Nº 1.918/2016-SMS.G.

Institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da SMS

O Secretário de Saúde, no uso de suas atribuições legais, e Considerando a Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 que aprova a Política Nacional de Medicamentos. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica;

Considerando o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica da Organização Panamericana de Saúde de 2002; Considerando a Resolução do Conselho Federal de Farmácia nº 386, de 12 de novembro de 2002 que define as atribuições do farmacêutico no exercício da sua profissão em assistência domiciliar; Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o documento da OPS sobre Servicios Farmaceuticos - Definición, misión, visión, valores y principios de los servicios farmacêuticos basados en APS. Guía de servicios farmacêuticos en la APS. Washington, D.C.: OPS; 2011. Versión 4;

Considerando a Portaria GM nº 529/2013º, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Farmácia nº 585, de 29 de agosto de 2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico;

Considerando as diretrizes do Comitê para o Uso Racional de Medicamentos (Curame), redefinido pela Portaria GM Nº 834, de 14 de maio de 2013;

Considerando os Cadernos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde, de 2014, do Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade do alinhamento das práticas assistenciais do que diz respeito aos serviços farmacêuticos, resolve:

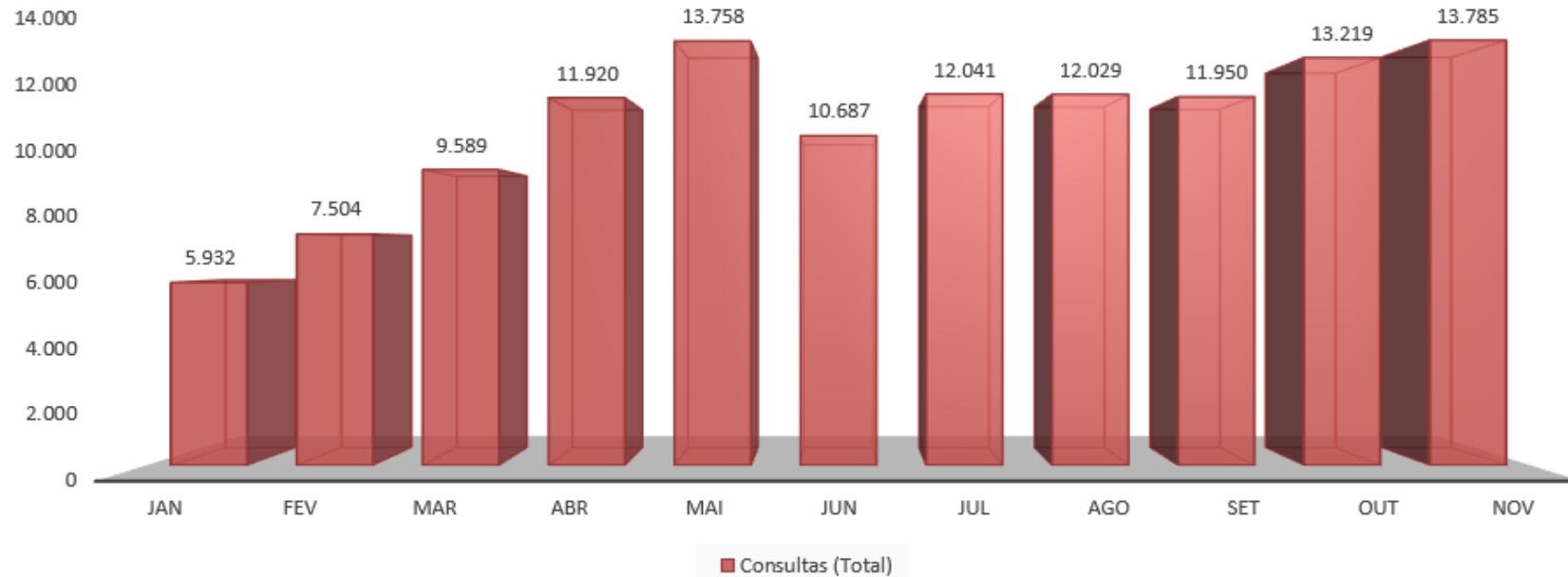
Art. 1º Instituir o Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção Básica e de Especialidades na SMS-SP.

FARMACÊUTICO ATENÇÃO BÁSICA – 40HS SEMANAIS

ATIVIDADE	Nº HORAS SEMANAIS	POTENCIAL SEMANAL DE OFERTA DE ATIVIDADE	POTENCIAL MENSAL DE OFERTA DE ATIVIDADE	OBSERVAÇÃO
CONSULTAS ESPECÍFICAS OU COMPARTILHADAS	Mínimo 8h	Mínimo 12 CF	Mínimo 48 CF	Conforme necessidade local Cons farm (CF) – 1ª vez: 40 minutos Cons farm (CF) retorno: 30 minutos
ACOLHIMENTO OU ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA OU TELEATENDIMENTO	4h			Conforme necessidade local. Essa carga horária pode ser convertida em consultas ou VD.
VISITA DOMICILIAR	4h	4 VD	16 VD	Conforme necessidade local
REUNIÃO EQUIPE /REUNIÃO TÉCNICA/COMISSÃO/ PLANEJAMENTO/EDUCAÇÃO PERMANENTE	6h			Conforme necessidade local
GRUPO EDUCATIVO	2h			
ATIVIDADE ADMINISTRATIVA	Máximo 8h			Conforme necessidade local. No máximo 8hs, essa carga horária pode ser diminuída e convertida em atividades assistenciais (consultas ou VD)
SUPERVISÃO FARMACÊUTICA	Máximo 8h			Conforme necessidade local. No máximo 8hs, essa carga horária pode ser diminuída e convertida em atividades assistenciais (consultas ou VD)



Nº consultas farmacêuticas – SMS SP 2022



2022	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
Acolhimento/ Escuta inicial (Total)	1.838	2.351	3.124	2.878	3.140	1.696	1.696	2.027	1.513	1.327	1.596	1.058	24.214
Consultas (Total)	5.932	7.504	9.589	11.920	13.758	10.687	12.041	12.029	11.950	13.219	13.785	12.685	135.099
Monitoramento Covid19	725	36	4	0	0	51	18	1	0	0	0	3	838
Teleatendimentos (Total)	2.311	916	405	246	135	231	185	183	152	104	0	197	5.065
Visita domiciliar (Total)	9	50	44	30	80	85	97	1.792	1.552	2.015	1.982	1.977	9.713
Total	10.815	10.857	13.166	15.074	17.113	12.750	14.037	16.032	15.167	16.665	17.363	15.920	174.959



É necessário avançar não somente para a orientação do uso adequado de medicamentos, mas para o alcance de **DESFECHOS CLÍNICOS** concretos e melhoria dos resultados em saúde.



❖ Diversos estudos têm demonstrado que a incorporação do farmacêutico como parte da equipe de cuidados primários tem **resultado em melhorias nos indicadores de saúde**, principalmente no que tange aos aspectos da **gestão de doenças crônicas**, da **prevenção de erros associados aos medicamentos** e na **autogestão da farmacoterapia** pelo paciente.

❖ Estudos têm evidenciado ainda um impacto positivo de serviços clínicos farmacêuticos no:

- **melhoria de condições de saúde crônicas** (ROTTA *et al.* 2015; DOLOVICH *et al.* 2008; SANTOS, SILVA TAVARES, 2018);
- **controle de fatores de risco cardiovasculares de pacientes** (SABATER-HERNANDEZ *et al.* 2016);
- **redução de internações hospitalares** (HAZEN *et al.* 2015);
- **melhor adesão ao tratamento** (HATAH *et al.* 2014; BRASIL, 2014; MESSERLI *et al.* 2016);
- **redução do número de medicamentos utilizados pelos pacientes** (SÁEZ-BENITO *et al.*, 2013);
- **desenvolvimento da autonomia do paciente e a redução de riscos e custos associados aos medicamentos** (DILKS *et al.* 2016).





Estimativa de Atendimentos em Urgência e Emergência no Brasil

Período: Jan/2014-Dez/2014			
IBGE - Projeção		Qtd.apresentada	Valor apresentado (gasto)
População do Brasil	204.642.149	136.342.857	R\$ 1.067.093.539,51

28% de todas as visitas ao Pronto Atendimento estão relacionadas a problemas da farmacoterapia

38.175.999

R\$
305.407.992,00

70% dos eventos são considerados evitáveis com a atuação clínica do farmacêutico

26.723.199

R\$
213.785.592,00

9 a 24 % das internações hospitalares são proveniente dos atendimentos de urgência - Considerando o custo médio por internação hospitalar em 2013 foi de 1.135,26

9% ---2.405.087

24% ---6.413.567

R\$
2,7bilhões
7,2bilhões



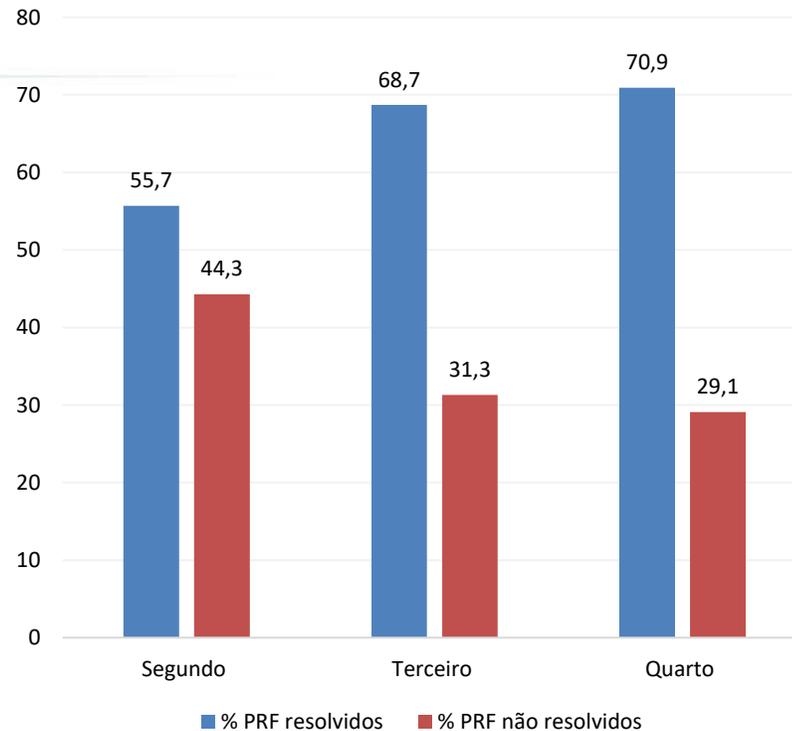
Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo

Felipe Tadeu Carvalho Santos¹, Dayde Lane Mendonça da Silva¹, Noemia Urruth Leão Tavares^{1,2}

¹Postgraduate Program in Collective Health, Faculty of Health, University of Brasília (UnB), Brasília, Brazil; ²Department of Pharmacy, Faculty of Health Sciences, University of Brasília (UnB), Brasília, Brazil

Pharmaceutical care has undergone several transformations in the health context over the years. Thus, the pharmacist has suffered a reevaluation of his performance, mainly with the incorporation of clinical services and patient approach. The study analyzed the results of the implementations of pharmaceutical clinical services in Primary Health Care, through the use of indicators of supply, demand and productivity, clinical and process quality related to pharmaceutical care. We included all the clinical visits (n=1.833) performed to 1.080 users in 12 Basic Health Unit facilities from May to November 2016, of which 40.8% (n=748) were consultations in the establishments and 59.2% (n=1,083) home visits. Most patients (73.3%) were referred by team and 17.5% were captured through active search. Of the total workload, 12.5% were dedicated to pharmaceutical consultations and 20.0% to home visits. In total, we identified 3,078 pharmacotherapy-related issues, an average of 2.8 per patient, and 6,882 pharmaceutical interventions were performed, equivalent to 6.3 interventions per patient. The problem with adherence to pharmacotherapy and the interventions of medication counseling were the most found. Results reinforce the importance of pharmaceutical clinical services in identifying and solving patients' problems.

Figura: Frequência de problemas relacionados à farmacoterapia resolvidos a cada atendimento farmacêutico no período de maio a novembro de 2016

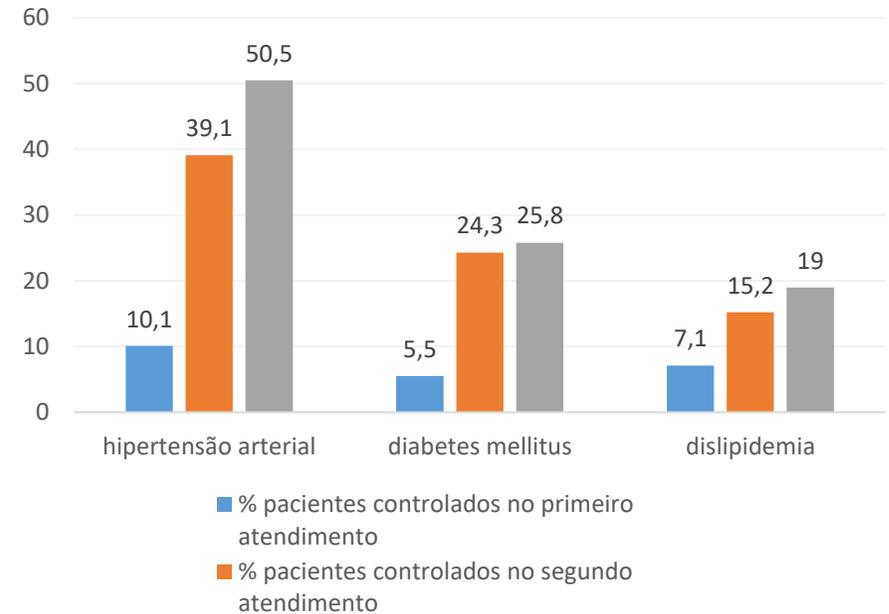


- **Região: Itaim Paulista (381.683 hab.)**
- **OSS Santa Marcelina**
- **13 UBS**
- **Participantes: 12 farmacêuticos**

1.080 usuários ➡ **1.833 atendimentos**

73,5% encaminhados pela equipe
17,5% demanda espontânea
9,0% busca ativa

Figura: Perfil de controle das condições clínicas mais prevalentes no primeiro, segundo e terceiro atendimentos realizados no período de maio a novembro de 2016





*“Criar a Boa Sorte é preparar condições para a oportunidade.
Mas a oportunidade não é uma questão de sorte: ela já existe.”*

Manuel Machuca

OBRIGADO!!!

ftcsantos@prefeitura.sp.gov.br