UNIVERSIDADE DE SOROCABA PRÓ-REITORIA ACADÊMICA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Vivian Ferrari Lima Scaranello Machado

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES EM MUNICÍPIOS

Sorocaba/SP

Vivian Ferrari Lima Scaranello Machado

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES EM MUNICÍPIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Barberato Filho

Sorocaba/SP

Ficha Catalográfica

Machado, Vivian Ferrari Lima Scaranello M135j

Judicialização da saúde : proposta de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em municípios / Vivian Ferrari Lima Scaranello. -- Sorocaba, SP, 2015.

114 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Silvio Barberato Filho. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) -Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2015.

1. Política farmacêutica - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Serviços farmacêuticos. 4. Direito a saúde. I. Barberato Filho, Silvio, orient. II. Universidade de Sorocaba. III. Título.

Vivian Ferrari Lima Scaranello Machado

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES EM MUNICÍPIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ciências em Farmacêuticas Universidade da Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Aprovado em: 29/06/2015

BANCA EXAMINADORA

Pres.: Prof. Dr. Silvio Barberato Filho Universidade de Sorocaba

Profa, Dra. Maria Inês de Toledo Universidade de Brasília

Profa, Dra. Maria Ondina Paganelli

Ministério da Saúde

Dedico este trabalho à minha família
Pelo amor incondicional
Pelo carinho e compreensão
Pela força e incentivo

Em especial
Ao meu filho, a razão da minha vida
À minha mãe
Ao meu amado marido
Aos meus avós

AGRADECIMENTOS

A Deus, inicialmente, pelo amparo e proteção.

Agradeço a cada momento pela minha saúde, pelas alegrias e conquistas durante este período, mas principalmente pelas dificuldades, pois a cada obstáculo que surgia passava pela superação, e estes me proporcionaram o crescimento moral e intelectual, sem os quais não poderia jamais ter realizado este trabalho.

Agradeço a Ele infinitamente pela oportunidade em conceder a permissão para que eu pudesse realizar este grande projeto, mas principalmente em conceder a benção da gestação e também realizar este projeto pessoal, a maternidade, a transformação das minhas prioridades com a chegada do meu filho, e acima de tudo, por conseguir conciliar todos estes desejos e compromissos profissionais assumidos.

À minha mãe, pelo amor e carinho, pelo conforto e pelos conselhos que possibilitaram o meu crescimento espiritual, agradeço a dedicação, a compreensão e o apoio em todos os momentos.

Ao meu marido, que compreendeu minha ausência em muitos momentos de estudo, que me dediquei à realização do curso de mestrado, agradeço pela paciência, mas também pela sua dedicação e amor, que muitas vezes deixou em segundo plano seus compromissos para me auxiliar e me acompanhar nesta trajetória.

Aos meus familiares e amigos, à minha sogra e cunhadas, pelo apoio e carinho, pelo auxílio nos momentos em que mais precisei de estímulos nas inúmeras e cansativas viagens.

Aos meus amigos, em especial, Paulo Moacyr Ferreira dos Santos e Célia Pedrina, pelo sentimento sincero, pelos numerosos e valiosos conselhos que me possibilitaram chegar até aqui, pelos sorrisos que serviram de estímulo e que sempre foram muito importantes.

À Secretaria da Saúde de Itapeva e à Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva, que autorizaram minha participação no curso, e a todos os funcionários que me auxiliaram e compreenderam os dias em que não pude estar presente.

Ao meu orientador Prof. Dr. Silvio Barberato Filho, pelo comprometimento, disponibilidade, discussões e estratégicas sugestões nos momentos de construção deste trabalho, especialmente pela sua compreensão e confiança.

Aos meus amigos do mestrado pelas experiências e conhecimentos adquiridos, principalmente aos alunos do grupo de estudos da linha de pesquisa, Mariana Donato Pereira, Diogo Antonio Morato Mastrorocco Filho, José Vanilton Almeida e Maria Aparecida Marczynski, pelas experiências e contribuições ao longo desta trajetória, mas especialmente pela convivência e todos os momentos que estivemos juntos, pela oportunidade incrível de conhecer pessoas como vocês!

A todos os professores e pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, pelos ensinamentos, incentivo, pela disponibilidade e troca de experiências.

Às professoras Dra. Maria Inês de Toledo; Dra. Luciane Cruz Lopes e Dra. Maria Ondina Paganelli, pelas contribuições durante a qualificação e a defesa, para aperfeiçoamento do trabalho.

A todos os profissionais que estiveram disponíveis para realização das oficinas, das discussões do grupo técnico que muito contribuíram para o aprimoramento deste trabalho e, desta forma, todos aqueles que puderam participar da construção desta proposta de acompanhamento farmacoterapêutico.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) pelo financiamento do projeto para o desenvolvimento do módulo de acompanhamento farmacoterapêutico e viabilidade do sistema informatizado.

Agradeço a todos aqueles que, direta e indiretamente colaboraram para a execução deste trabalho.

RESUMO

A gestão de demandas judiciais na saúde representa desafio para muitos municípios brasileiros. Medicamentos são os itens mais demandados pela via judicial e, embora sejam utilizados para resolver os problemas de saúde, seu uso sem o devido acompanhamento pode ocasionar danos à saúde do indivíduo, com reflexos na morbidade e na mortalidade. O objetivo deste trabalho foi elaborar proposta para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes que recebem medicamentos por determinação judicial ou pela via administrativa em municípios. Esta proposta foi construída com base em referências sobre métodos de atenção farmacêutica, gestão da assistência farmacêutica, adesão, efetividade e segurança medicamentos. Limites e possibilidades para a implantação de serviço de acompanhamento farmacoterapêutico no Sistema Único de Saúde foram discutidos em oficinas e grupos de trabalho, que contribuíram ainda para a definição de instrumentos e a elaboração de fluxogramas de atendimento de demandas judiciais e administrativas em municípios. Os instrumentos propostos foram sistematizados em oito categorias: i. Informações sobre o paciente e o cuidador; ii. Informações sobre os problemas de saúde do paciente; iii. Informações referentes aos tratamentos em curso; iv. Informações relacionadas com suspeitas de reações adversas a medicamentos: v. Resultados de exames e outros parâmetros clínicos do paciente; vi. Panorama global do estado de saúde do paciente; vii. Intervenções e alterações da conduta terapêutica; viii. Planejamento das consultas. Foram elaboradas 22 fichas para subsidiar o registro de informações sobre pacientes, seus problemas de saúde, tratamentos, exames e outros parâmetros clínicos, suspeita de reações adversas a medicamentos, evolução clínica, registro de intercorrências e intervenções farmacêuticas. A proposta elaborada apresenta fluxogramas de atendimento dos pacientes em municípios e das etapas para realização do acompanhamento farmacoterapêutico, contemplando aspectos de infraestrutura, recursos humanos e materiais. Esta proposta assume grande relevância ao avancar em direção ao monitoramento dos pacientes atendidos por determinação judicial ou pela via administrativa nos municípios, a fim de garantir o registro e o acesso a informações sobre os benefícios e os riscos no uso destes medicamentos, principalmente no que se refere à efetividade do tratamento e à segurança do paciente, contribuindo para a promoção do uso racional dos medicamentos.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde. Direito à saúde. Decisões judiciais. Assistência farmacêutica. Atenção farmacêutica.

ABSTRACT

The management of health litigation represents a challenge for many municipalities. Medicines are the most items in demand through the courts and, although they are used to solve health problems, its use without appropriate follow-up can cause damage to one's health, reflected in morbidity and mortality. The objective of this study was to elaborate proposal for pharmacotherapeutic monitoring of patients receiving drugs by court order or by administrative means in municipalities. The proposal was built on references on pharmaceutical care methods, management of pharmaceutical care, adherence, effectiveness and safety of medicines. Limits and possibilities for the implementation of pharmacotherapeutic follow-up in the Brazilian Public Health System were discussed in workshops and working groups, which also contributed to the development of indicators and the development of flowcharts service of judicial and administrative demands on municipalities. The proposed indicators were organized into eight categories: i. Information about the patient and the caregiver; ii. Information about the patient's health problems; iii. Information regarding ongoing treatments; iv. Information related to suspected adverse drug reactions: v. Results of clinical examinations and other parameters of the patient; vi. Overall picture of the health status of the patient; vii. Interventions and change the therapeutic approach; viii. Planning consultations. Twenty two records were prepared to support the registration of information about patients, their health issues, treatments, exams and other clinical parameters, suspected adverse drug reactions, clinical development, registration complications and pharmaceutical interventions. The elaborate proposal presents patient care flowcharts in municipalities and steps for carrying out the pharmacotherapeutic follow-up, covering infrastructure, human and material resources. This proposal is of great importance to advance towards the monitoring of patients seen by court order or by administrative means in the municipalities in order to ensure registration and access to information about the benefits and risks in the use of these drugs, particularly as it relates to the effectiveness of treatment and patient safety, helping to promote the rational use of medicines.

Keywords: Brazilian Public Health System. Right to health. Judicial decisions. Pharmaceutical services. Pharmaceutical care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	-	Processo geral de atenção farmacêutica do paciente	33
Quadro 1	-	Barreiras e estratégias para implantação de serviços	
		municipais de acompanhamento farmacoterapêutico	47
Figura 2	-	Atendimento de pedidos administrativos por uma Secretaria	
		Municipal de Saúde	65
Figura 3	-	Atendimento de demandas judiciais por uma Secretaria	
		Municipal de Saúde	66
Figura 4	-	Proposta para o acompanhamento farmacoterapêutico de	
		pacientes	67
Quadro 2	-	Descrição dos materiais necessários para realização do	
		acompanhamento farmacoterapêutico	68
Quadro 3	-	Principais atribuições dos profissionais envolvidos no	
		Programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico	69
Quadro 4	-	Recomendações para a programação da primeira	
		entrevista	82
Quadro 5	-	Recomendações para a primeira entrevista	
		farmacêutica	84
Quadro 6	-	Recomendações para o estudo de caso	85
Figura 5	-	Processo de identificação de Resultados Negativos	
		associados aos Medicamentos	87
Quadro 7	-	Recomendações para a fase de intervenção	88
Quadro 8	-	Recomendações para encontros posteriores e	
		acompanhamento do paciente	90

LISTA DE ABREVIATURAS

Anvisa Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATC Classificação Anatômico-Terapêutica e Química

ASHP American Society of Health-System Pharmacists

CID Classificação Internacional de Doenças

CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CURAME Comitê de Uso Racional de Medicamentos

Decit/SCTIE Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência,

Tecnologia e Insumos Estratégicos

Fapesp Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

GT Grupo de Trabalho

IGP-M/ FGV Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas

IMC Índice de Massa Corporal

PCDT Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PNAF Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM Política Nacional de Medicamentos

POMR Problem-Oriented Medical Record

PPGCF- Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da

Uniso Universidade de Sorocaba

PPSUS-SP Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde – São Paulo

PRM Problemas Relacionados com Medicamentos

PW Pharmacotherapy Workup

PWDT Pharmacotherapy Workup of Drug Therapy

Qualifar- Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no

SUS âmbito do SUS

RAM Reação Adversa a Medicamentos

RDC Resolução da Diretoria Colegiada

Rename Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RNM Resultados Negativos associados aos Medicamentos

SES-SP Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SOAP Subjective, Objective, Assessment, Plan

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TOM Therapeutic Outcomes Monitoring

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO
2 REFERENCIAL TEÓRICO
3 OBJETIVOS
4 MÉTODO
5 RESULTADOS
6 DISCUSSÃO
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS
8 PERSPECTIVAS
REFERÊNCIAS
APÊNDICE A – Lista de presença da I Oficina "Judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes"

1 APRESENTAÇÃO

A gestão de demandas judiciais na saúde constitui um dos maiores desafios para muitos municípios brasileiros. Estas ações judiciais possuem perfil diversificado e buscam garantir o fornecimento de produtos, tratamentos e procedimentos, muitas vezes não disponibilizados pelo sistema público de saúde (CHIEFFI; BARATA, 2010; CAMPOS NETO et al., 2012).

Este fenômeno, conhecido como judicialização da saúde, se tornou um problema de grande magnitude no Brasil e está expandindo de forma significativa nos últimos anos. Envolve aspectos legais, técnico-científicos e sociais e pode ser resultado de diferentes fatores, como deficiências no sistema de saúde, interesse da indústria farmacêutica e/ou empoderamento de cidadãos (WANG, 2013; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014).

Na garantia dos direitos individuais, as decisões judiciais contrariam a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e comprometem a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Estudos enfatizam os aspectos normativos e os impactos negativos da judicialização na distorção da implementação destas políticas e, consequentemente, a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional, a equidade e o acesso da população àqueles considerados essenciais (CHIEFFI; BARATA, 2009; VARGAS-PELÁEZ et al., 2014).

Segundo Wang (2013), as ações judiciais estão tornando o sistema público de saúde menos justo e racional. Os tribunais estão criando um sistema de dois níveis: um para aqueles que podem litigar e ter acesso a qualquer tipo de tratamento, independentemente do custo; e outro para o resto da população, que tem acesso a cuidados restritos. Desta forma, obriga o fornecimento de medicamentos baseados em fracas evidências, sem considerar o custo-efetividade ou as prioridades de saúde pública.

O acolhimento destas demandas, apesar da escassez de subsídios clínicos e diagnósticos, vem tornando essa via mais atrativa e tem provocado repercussões significativas na saúde pública, não apenas em decorrência dos impactos financeiro e gerencial (para o sistema de saúde), mas também nas implicações de ordem sanitária (para os pacientes) (REVEIZ et al., 2013; SANT'ANA et al., 2011a; WANG, 2013).

A concessão do medicamento não se traduz necessariamente em garantia da saúde do indivíduo (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010). Existem ponderações sobre os efeitos negativos da judicialização da saúde no que se refere à segurança do paciente, em razão de possíveis prescrições inadequadas e, especialmente, na prescrição de novos medicamentos e/ou novas indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas, principalmente sobre o perfil de eventos adversos a médio e longo prazo (PEPE et al., 2010).

Na maioria das vezes, não se avalia se o medicamento solicitado representa o melhor em termos de relação custo/benefício, se o indivíduo realmente necessita do medicamento, se pode substituí-lo por alternativa disponível nos programas de assistência farmacêutica, e ainda, se está sendo infringida alguma lei ou princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). Apenas se cumpre a ordem determinada pelo juiz (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011).

Entre os medicamentos fornecidos por ordem judicial que não estão incluídos na PNAF, aproximadamente 80% deles têm alternativas mais baratas disponíveis no sistema público de saúde (WANG, 2013).

Muito embora os medicamentos sejam utilizados para resolver os problemas de saúde, o uso sem o devido acompanhamento pode ocasionar danos à saúde do indivíduo, com reflexos na morbidade e mortalidade (FIGUEIREDO, 2010; FUNCHAL-WITZEL et al., 2011).

Para que o uso do medicamento seja seguro é necessário que a indicação terapêutica esteja correta, que se considerem as doenças concomitantes, que seja fornecido em quantidade e doses adequadas, com informações para que o paciente possa utilizar o medicamento de modo seguro, sem interromper o tratamento, para verificar os benefícios ou eventos adversos (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010).

Ao determinar o fornecimento dos medicamentos pelo SUS, o juiz poderia recomendar igualmente o acompanhamento dos pacientes colaborando para garantir o efetivo acesso à saúde e à justiça, promover o uso racional e evitar possíveis fraudes ou má aplicação de recursos públicos (SANT'ANA et al., 2011b).

Neste contexto, a prática da atenção farmacêutica fundamentada em uma filosofia, caracterizada pelo processo de cuidado associado a um sistema de gestão, pode interferir de maneira significativa no uso correto de medicamentos

pela sociedade e, consequentemente, na prevenção e resolução de problemas relacionados à utilização de medicamentos (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Portanto, visando estabelecer a melhor forma de realizar o acompanhamento de pacientes, a aplicação de métodos clínicos pode contribuir para obtenção da farmacoterapia adequada, efetiva e segura, através do desenvolvimento de ações centradas nos pacientes (CORRER, 2013a).

Diante do exposto, esta proposta de acompanhamento farmacoterapêutico assume grande relevância ao avançar em direção ao monitoramento dos pacientes atendidos por determinação judicial ou pela via administrativa, a fim de que se obtenha o registro e o acesso a informações sobre os benefícios e os riscos no uso destes medicamentos, principalmente no que se refere à eficácia do tratamento e à segurança do paciente, contribuindo para a promoção do uso racional dos medicamentos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Acesso a medicamentos pela via judicial

Um dos maiores desafios para gestores de saúde é constituído pelas ações judiciais que solicitam produtos, tratamentos e/ou procedimentos de saúde, muitas vezes não disponibilizados pelo SUS (CHIEFFI; BARATA, 2010).

A positivação do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, aliada à persistente iniquidade no acesso aos bens e serviços de saúde, ensejou o recurso à tutela jurisdicional e resultou em aumento das demandas judiciais para efetivação desse direito (SANT'ANA et al., 2011a; BRANDÃO et al., 2011). Este papel exercido pelo Judiciário na garantia dos direitos individuais, e até mesmo por meio de ações coletivas, tem sido atribuído à noção de judicialização da saúde (CHIEFFI; BARATA, 2009; TRAVASSOS et al., 2013).

Desde 1990, reivindicações de tutela e amparo ou outras ações por direitos garantidos pela Constituição Federal tem aumentado nos tribunais, e este aumento de litígios tem provocado repercussões significativas nas despesas de saúde pública (REVEIZ et al., 2013).

Este fenômeno multidimensional tem incitado grandes discussões entre operadores do direito, políticos, profissionais e gestores de saúde (PANDOLFO et al., 2012). Chagas (2013) também inclui neste cenário a perspectiva dos usuários sobre o acesso aos medicamentos pela via judicial.

Inicialmente, as demandas tinham por objeto medicamentos para o tratamento de enfermidade direcionadas, como HIV/Aids e procedimentos médicos (SANT'ANA et al., 2011b). Atualmente, o perfil das ações é mais diversificado, abrangendo medicamentos para as mais variadas indicações terapêuticas (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005; CAMPOS NETO et al., 2012).

Estudos apontam que as doenças crônicas, como por exemplo, relacionadas ao sistema nervoso e ao sistema cardiovascular figuraram entre as mais frequentes (SANT'ANA et al., 2011a). Também ganharam destaque medicamentos para o trato alimentar ou metabolismo, anti-infecciosos, antineoplásicos e agentes imunomoduladores, segundo a Classificação Anatômico-Terapêutica e Química (ATC) (MESSEDER; OSORIO-DE-CASTRO; LUIZA, 2005). Câncer, diabetes,

artrite reumatóide e doenças pulmonares são frequentemente citados na maioria das ações (CAMPOS NETO et al., 2012; VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

As solicitações incluem desde dietas parenterais até cirurgias mais complexas, entretanto, estudos indicam que o principal item judicializado nas cortes tem sido os medicamentos (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2012; PANDOLFO et al., 2012; BIEHL et al., 2012).

Problemas de gestão da assistência farmacêutica, aliados à constante pressão por incorporação de novas tecnologias, resultaram no aumento de processos judiciais demandando medicamentos e outros produtos e serviços de saúde (LOPES et al., 2010; VIEIRA et al., 2010; MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011). Consequentemente, à medida que os processos judiciais movidos pelos pacientes obrigam o fornecimento gratuito sob a reivindicação do direito à saúde, o alto custo de novos medicamentos tem causado impacto considerável na assistência farmacêutica (CAMPOS NETO et al., 2012).

Macedo (2010) ressalta que a judicialização não deveria se apresentar como caminho para o acesso a medicamentos, mas é compreensível que estas demandas se deem pela via judicial, quando o fornecimento previsto nas políticas públicas não está garantido; ou quando determinada doença prescinde de cobertura de tratamento pelas políticas farmacêuticas ofertadas no SUS.

Ao mesmo tempo, misturam-se com demandas injustificadas, como por exemplo, a solicitação de: medicamentos sem o devido registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); medicamentos cuja literatura científica não recomenda a indicação para a qual foram prescritos; medicamentos não selecionados, mas com alternativa terapêutica disponível no SUS, sem contraindicação para o paciente, e melhor ou tão efetiva quanto aquele pleiteado; e medicamentos prescritos por indução da indústria farmacêutica, sem a observância dos preceitos do uso racional (MACEDO, 2010).

Também tem sido identificada grande concentração da distribuição de processos tanto em relação aos medicamentos solicitados como advogados e prescritores (CHIEFFI; BARATA, 2010).

A Constituição Federal e a prescrição médica foram identificadas como critério de decisão nas ações judiciais (STAMFORD; CAVALCANTI, 2012). Constata-se também que a prescrição médica individual, a hipossuficiência

econômica e a urgência dos demandantes ao acesso aos medicamentos são os principais respaldos das decisões judiciais (VENTURA et al., 2010).

Observa-se que a maioria dos pedidos é individual e tem sido deferida tendo como base a prescrição apresentada pelo reivindicante, mesmo nos casos em que o receituário está inadequado aos preceitos gerais e legais de boas práticas de prescrição (PEPE et al., 2010). O acolhimento destas demandas, apesar da escassez de subsídios clínicos e diagnósticos vem tornando essa via mais atrativa, a despeito das implicações financeiras e gerenciais para o SUS, bem como sanitárias para o paciente (SANT'ANA et al., 2011a).

O fornecimento de medicamentos de forma indiscriminada muitas vezes privilegia segmentos de usuários com mais recursos financeiros para pagar advogados, ou mais acesso à informação, em detrimento daqueles mais necessitados (LOPES et al., 2010).

Dados revelam que a parcela da população atendida por demandas judiciais tem em média melhores condições socioeconômicas, residindo em áreas com baixa ou nenhuma vulnerabilidade social, o que não justifica, portanto, a hipossuficiência econômica respaldada nas decisões judiciais (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Na garantia dos direitos individuais, as decisões judiciais não observam a PNAF do SUS, o que compromete a PNM, e desta forma a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional, a equidade, e o acesso da população àqueles considerados essenciais (CHIEFFI; BARATA, 2009).

Inclusive, a baixa frequência da essencialidade dos medicamentos requisitados sugere que a judicialização contraria as prioridades de saúde pública no Brasil (MACHADO et al., 2011).

Estudos tem demonstrado a realidade da judicialização para acesso a medicamentos, expondo as fragilidades deste processo, como por exemplo, a solicitação de medicamentos disponibilizados pelo SUS, ausência de eventuais justificativas e evidências para a seleção dos medicamentos, prescrições incompletas, e mesmo assim as ações têm sido deferidas (GALATO et al., 2012).

Desta forma, é possível apontar fatores contrários às diretrizes do SUS presentes no fenômeno da reivindicação de medicamentos, tais como: aquisição de medicamentos que não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos

Essenciais (Rename); aquisição de medicamentos prescritos por profissionais de serviços privados, sem observância do princípio de integralidade das ações do SUS; aquisição de medicamentos não registrados pela Anvisa; não cumprimento de diretrizes terapêuticas; aquisição de medicamentos com poucas evidências de eficácia e segurança, a custos elevados, mesmo estando disponíveis no SUS substitutos com eficácia, segurança e custo-efetividade bem determinados, entre outros (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Contribuem para o aumento dessa demanda pela via judicial: prescrições não fundamentadas por diagnóstico e indicações terapêuticas estabelecidos nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; concentrações e formas farmacêuticas não disponíveis no SUS; medicamentos fornecidos em quantidade insuficiente; desatualização dos protocolos clínicos; outras abordagens terapêuticas com boa evidência científica, mas ainda não incorporadas aos programas do SUS; e até mesmo a dificuldade de interpretação dos protocolos, por sua característica acadêmica (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011).

A seleção de medicamentos e seus produtos, como listas de medicamentos essenciais, formulários e protocolos terapêuticos, são exemplos de iniciativas bemsucedidas de gestão no sistema de saúde. Entretanto, nem sempre atendem às necessidades do paciente, seja por negligência na elaboração ou na condução da política pública. A intervenção judicial nesses casos pode cooperar para a promoção do uso racional, desde que clínica e farmacologicamente subsidiados. Por outro lado, o acolhimento de demandas judiciais desprovidas desses subsídios, ou baseadas apenas na prescrição médica, além de comprometer a formulação e implementação das políticas de assistência farmacêutica, acaba por fomentar o uso irracional de medicamentos e, muitas vezes, prejudica ainda mais a já combalida saúde do paciente demandante, cujo dever constitucional do Estado é proteger (SANT'ANA et al., 2011a).

Portanto, pode-se evidenciar que o sistema de saúde enfrenta uma série de desafios quanto à atualização das listas, à ausência de instâncias recursais, à agilidade nas decisões, à articulação com outras esferas de fiscalização e ao registro, entre outros. Estes entraves dificultam a compreensão da política de assistência farmacêutica para sua operacionalização, nas diferentes esferas do poder público, o que tem resultado em demandas judiciais como alternativa para garantir o direito à saúde (DINIZ; MEDEIROS; SCHWARTZ, 2012).

2.2 Impacto da via judicial: as repercussões no SUS

Este fenômeno da judicialização da saúde pode prejudicar a execução de políticas no âmbito do SUS, uma vez que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e serviços de saúde acarreta gastos elevados e não programados (MACHADO et al., 2011). O aumento crescente dos litígios pode causar interferências no sistema de saúde de um modo geral, comprometendo o orçamento significativamente, e desta forma a política de saúde (BORGES; UGÁ, 2010).

Segundo Lopes e colaboradores (2010), o atendimento da demanda judicial não está vinculado à reserva orçamentária, consumindo recursos consideráveis e causando dificuldades para garantir aquisição de medicamentos conforme as pactuações existentes, previstas na legislação.

O impacto da judicialização da saúde tem se destacado na mídia. O Governo Federal, por exemplo, gastou aproximadamente R\$ 356 milhões em 2012 para cumprir 13.051 ordens judiciais, representando o maior gasto dos últimos oito anos. (POMBO, 2013).

No ano de 2010, o Estado de São Paulo atendia 23.003 demandas e o custo mensal do atendimento com medicamentos, materiais, terapia nutricional e outros itens alcançaram R\$ 42.712.559,81, sendo que cada ação judicial gerou um gasto mensal de aproximadamente R\$ 1.856,82 (NAFFAH FILHO; CHIEFFI; CORREA, 2010).

Em Sorocaba, cidade do interior do Estado de São Paulo que conta com aproximadamente 586 mil habitantes, as ações judiciais para garantir o fornecimento de medicamentos e o atendimento médico-hospitalar nos três primeiros meses de 2013 ultrapassaram em 53,8% o volume registrado no mesmo período do ano anterior, representando aumento de 61 pacientes, e gasto médio mensal de 427,1 mil reais. O valor total gasto entre janeiro de 2012 e março de 2013 foi da ordem de R\$ 4,614 milhões, equivalente a média mensal de R\$ 307,6 mil (ANDRADE, 2013).

Além da questão orçamentária, as ações judiciais geram a individualização da demanda em detrimento do planejamento e da gestão dos problemas de saúde em sua dimensão coletiva, comprometendo o princípio da integralidade do SUS, considerando que ações de cunho individual não são estendidas aos demais

portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda. Em alguns casos, a aquisição de medicamentos de ações judiciais tem sido categorizada como emergencial e realizada sem licitação, podendo favorecer fraudes e compra a preços elevados no mercado varejista (PEPE et al., 2010; CHIEFFI; BARATA, 2010).

No que se refere às dificuldades da gestão da assistência farmacêutica, nota-se que a ágil resposta às demandas judiciais, além de não estar prevista no planejamento dos serviços, faz com que alguns deles criem uma estrutura paralela para seu acompanhamento e se utilizem de procedimentos de compra não usuais na administração pública, que consequentemente refletem em maior gasto na aquisição destes medicamentos levando à desorganização do serviço (PEPE et al., 2010; CHIEFFI; BARATA, 2010).

Neste sentido, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) estabeleceu a Resolução SS nº 54, de 11 de maio de 2012, contendo normas e procedimentos para obtenção de medicamentos não inclusos no rol de cobertura do SUS com registro na Anvisa (SÃO PAULO, 2012). Esta iniciativa consiste num mecanismo alternativo, pois o paciente, que não atende ao protocolo de medicamentos entregue pelo SUS, poderá requerer outro medicamento não incluso através da via administrativa, evitando desta forma a judicialização (PEPE et al., 2010).

As ações judiciais tem se destacado como via alternativa de acesso de medicamentos no sistema de saúde (LOPES et al., 2010). Esse pressuposto pode interferir no cumprimento das atividades, desde as que possuem caráter mais técnico-científico, como pesquisa e desenvolvimento e registro sanitário, até as mais operacionais do ciclo da assistência farmacêutica, como a programação (PEPE et al., 2010).

Estudos enfatizam mais fortemente os efeitos negativos das ações judiciais na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde. Por outro lado, a judicialização, por interferir demasiadamente nas políticas de saúde, transformouse em pressão para a incorporação de medicamentos pelo setor público (VENTURA et al., 2010).

Messeder e colaboradores (2005) identificaram a relação entre o aumento de ações judiciais que requisitam medicamentos e sua incorporação pelo SUS. Esse mecanismo de pressão pode gerar efeitos positivos, uma vez que induz a

atualização dos programas e protocolos que precisam acompanhar o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre as práticas terapêuticas. Entretanto, ao incorporá-los à rotina da assistência farmacêutica sob pressão, existe o risco de fazê-lo de forma não atenta a critérios como eficácia, segurança e prioridades sanitárias (MACHADO et al., 2011).

O posicionamento do Judiciário tem resultado em forte tensão e discussão sobre a legitimidade e a competência técnica e/ou legal-institucional do Poder Judiciário, para decidir sobre o conteúdo e o modo como a prestação estatal deve ser cumprida pelo Executivo da Saúde. Esta deliberação, a princípio, é de competência dos Poderes Executivos, em conjunto com as instâncias deliberativas da gestão administrativa do SUS, considerando as implicações orçamentárias e técnicas que envolvem a incorporação de tecnologias, em especial, as novas tecnologias, na assistência à saúde individual e coletiva (VENTURA et al., 2010).

O atendimento de demandas não regulamentadas pelos gestores de saúde e, por vezes sem relação favorável entre benefícios, riscos e custos, implicaria na utilização de recursos públicos para o atendimento duvidoso da necessidade de alguns em detrimento do atendimento seguro e efetivo das necessidades coletivas (SANT'ANA et al., 2011b).

Assim, mesmo que a judicialização indique, em certas circunstâncias, falhas a serem sanadas no sistema de saúde, ela tende a se constituir predominantemente em estímulo à medicalização e em obstáculo para o uso racional de medicamentos. Essa prática prejudica a consolidação das premissas da PNM e leva à desarticulação nas ações e serviços de assistência farmacêutica (MACHADO et al., 2011).

2.3 Benefícios e riscos dos tratamentos e a importância do acompanhamento farmacoterapêutico¹

As últimas décadas têm se caracterizado pelo crescente aumento na produção e incorporação tecnológica no campo da saúde, tais como, medicamentos, equipamentos e procedimentos diagnósticos. As decisões judiciais podem ser favoráveis aos cidadãos, pois obrigam os sistemas de saúde a conceder estes produtos na viabilização dos seus direitos, entretanto, nem sempre significam benefícios para estes indivíduos, o que muitas vezes pode não resultar em melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população (VIEIRA et al., 2010; TRAVASSOS et al., 2013).

A incorporação de tecnologias, insumos, equipamentos e medicamentos envolve, além de aspectos econômicos e orçamentários, aspectos morais e éticos, adequada alocação de recursos públicos e critérios técnicos que não dispensam a evidência científica de sua validade, nem a determinação de seu custo/benefício e de seu custo/utilidade (PICON; GADELHA; BELTRAME, 2010).

Os medicamentos podem causar malefícios quando utilizados fora das condições para as quais foram estudadas, quando se utilizam tecnologias sem eficácia comprovada ou mesmo sem informações sobre seu custo-efetividade (SILVA, 2003).

Ao se fornecerem medicamentos e outros produtos para saúde por determinação judicial, não é avaliado se o tratamento solicitado representa o melhor em termos de relação custo/benefício, se o indivíduo realmente necessita do medicamento pleiteado, se pode substituí-lo por outro disponível nos programas de assistência farmacêutica do SUS, e ainda, se está sendo infringida alguma lei ou princípio fundamental do sistema de saúde. Apenas se cumpre a ordem determinada pelo juiz (MACEDO; LOPES; BARBERATO-FILHO, 2011).

O fornecimento do medicamento não se traduz necessariamente em garantia da saúde do indivíduo. Este fenômeno pode ser analisado sob diferentes

¹ Não há consenso sobre o termo que melhor define o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes. No Brasil difunde-se como atenção farmacêutica. Em inglês, o termo *pharmaceutical care* engloba todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas para o paciente que utiliza medicamentos, dentre as quais se evidencia o acompanhamento farmacoterapêutico (ou seguimento farmacoterapêutico), que consiste no processo de detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados aos medicamentos, de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário (IVAMA et al., 2002). Neste trabalho adotou-se o termo acompanhamento farmacoterapêutico.

perspectivas, inclusive a sanitária, entendida neste caso como os desfechos sobre a saúde dos indivíduos que demandam estes medicamentos. Além das consequências sanitárias, o uso inadequado de medicamentos pode também acarretar repercussões de ordem social, podendo-se destacar custos diretos com tratamentos e internações, assim como custos indiretos provenientes do absenteísmo ocupacional e escolar, da invalidez e da morte (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010).

Também há ponderações sobre os efeitos negativos da judicialização da saúde no que se refere à segurança do paciente, em razão de possíveis prescrições inadequadas e, em especial, na prescrição de novos medicamentos e/ou novas indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas, especialmente no que diz respeito ao perfil de eventos adversos a médio e longo prazo (PEPE et al., 2010).

Discute-se em muitas demandas judiciais a vantagem, ou mesmo a necessidade, do uso de determinado medicamento não incorporado pelo SUS em detrimento das alternativas terapêuticas já incorporadas para o tratamento de certa enfermidade (SANT'ANA et al., 2011a).

O medicamento é um instrumento de saúde quando utilizado de forma racional, mas que pode causar danos à saúde se usado de forma indevida. O uso racional de medicamentos inclui a escolha terapêutica medicamentosa adequada; a indicação apropriada deste medicamento; inexistência de contraindicação e mínima probabilidade de reações adversas; dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos; adesão ao tratamento pelo paciente; seguimento dos efeitos desejados e de possíveis reações adversas consequentes do tratamento (MARIN et al., 2003).

Para promover o uso racional de medicamentos, o Ministério da Saúde desenvolveu os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) com o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis, as doses adequadas, os mecanismos de controle, o acompanhamento, e a verificação de resultados, e a racionalização da prescrição e do fornecimento, para criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz (DALLARI, 2010).

Além de nortearem uma assistência médica e farmacêutica efetiva e de qualidade, auxiliam os gestores de saúde nas três esferas de governo, como

instrumento de apoio na disponibilização de procedimentos e na tomada de decisão quanto à aquisição e dispensação de medicamentos tanto no âmbito da atenção primária como no da atenção especializada, cumprindo papel fundamental nos processos de gerenciamento dos programas de assistência farmacêutica, na educação em saúde, para profissionais e pacientes, e, ainda, nos aspectos legais envolvidos no acesso a medicamentos e na assistência como um todo (PICON; GADELHA; BELTRAME, 2010).

Os PCDT utilizam-se da medicina baseada em evidências como fio condutor para sua construção, pois são formados por frutos da avaliação tecnológica (evidências) a fim de aplicá-los à prática clínica, considerando, todo o contexto que envolve a decisão clínica (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010).

Muito embora os medicamentos sejam utilizados para resolver os problemas de saúde, também podem causar danos e, se não for identificado ou tratado precocemente, pode conduzir a morbidade ou até mesmo a morte (FUNCHAL-WITZEL et al., 2011).

Desta forma, são recomendações com o objetivo de auxiliar na decisão tanto dos profissionais como dos pacientes, no que se refere ao processo de diagnóstico ou de cuidado para circunstâncias clínicas específicas, visto que padronizam o emprego do medicamento e estabelecem as condições de uso para os profissionais de saúde (SILVA, 2003).

Estudos têm demonstrado resultados adversos a farmacoterapia, e desta forma, há necessidade de cuidados adicionais, no sentido de promover o seguimento da utilização do medicamento na prática assistencial, incluindo consultas médicas, visitas ao pronto-socorro e internações hospitalares, de forma a gerar os melhores impactos esperados sobre a saúde da população, com reflexos na redução da morbi-mortalidade relacionada a medicamentos (PICON; GADELHA; BELTRAME, 2010; FUNCHAL-WITZEL et al., 2011).

A obtenção de um medicamento sem o devido acompanhamento do seu uso pelo setor saúde pode trazer malefícios ao indivíduo (FIGUEIREDO, 2010). Para que seu uso seja seguro, é necessário que a indicação terapêutica esteja correta, que se considerem as doenças concomitantes, que seja fornecido em quantidade e doses adequadas, com informações para que o paciente possa utilizar o medicamento de modo seguro, sem interromper o tratamento, para verificar os

benefícios ou eventos adversos (FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010).

Ao determinar o fornecimento dos medicamentos pelo SUS, o juiz poderia recomendar igualmente o acompanhamento dos pacientes colaborando para garantir o efetivo acesso à saúde e à justiça, promover o uso racional dos medicamentos e evitar possíveis fraudes ou má aplicação de recursos públicos (SANT'ANA et al., 2011b).

Neste contexto, a construção de indicadores de monitoramento das ações judiciais é fundamental para o acompanhamento dos pacientes e para a avaliação das demandas judiciais e administrativas em diferentes localidades (PEPE et al., 2010).

Até o momento, prevaleceu a preocupação com o aumento e com a gestão das demandas judiciais. A partir de agora é preciso avançar em relação ao acompanhamento dos pacientes e da utilização dos medicamentos e outros produtos para saúde fornecidos pela via judicial e/ou administrativa a fim de que se tenha o registro e o acesso de informações sobre os benefícios e os riscos no uso destes medicamentos, contribuindo para o uso racional dos medicamentos.

2.4 A prática da atenção farmacêutica

Desde a proposição do conceito de atenção farmacêutica, Hepler e Strand (1990) destacaram a necessidade de mudança de paradigmas no papel e funções do farmacêutico nas atividades profissionais e estabeleceram a prática, que após propagação por todo o mundo, criou modelos de processos de assistência à saúde adaptadas às peculiaridades específicas de cada país (ANGONESI; RENNÓ, 2011; ANDRADE et al., 2013).

O conceito de atenção farmacêutica, mesmo com variações dependendo das organizações e idiomas, tem sido amplamente discutido no âmbito farmacêutico. O objetivo central dessa prática consiste em minimizar os problemas de saúde relacionados aos medicamentos e obter o máximo de benefício para o paciente (FUNCHAL et al., 2011).

Chemello e colaboradores (2014) destacaram a atenção farmacêutica como a provisão responsável de tratamento farmacológico, com a finalidade de alcançar resultados terapêuticos concretos para melhorar a qualidade de vida dos pacientes,

e ressaltaram que vem sendo aplicada em diversas áreas clínicas para gerenciar e melhorar a farmacoterapia utilizando métodos de acompanhamento.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (1993) já difundia o conceito desta prática profissional, na qual o paciente representa o principal beneficiário das ações do farmacêutico:

A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades dos farmacêuticos na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p.11).

Nessa perspectiva, Ivama e colaboradores (2002) incluem nesta prática as atividades relacionadas à educação em saúde; a promoção do uso racional de medicamentos; a orientação e o atendimento do farmacêutico; a dispensação; o seguimento farmacoterapêutico; o registro sistemático das atividades realizadas, bem como a mensuração e avaliação dos resultados. Bisson (2007) ainda acrescenta que o seguimento farmacoterapêutico de um paciente é a principal atividade de atenção farmacêutica.

Angonesi e Sevalho (2010) ressaltam que a atenção farmacêutica fundamenta-se numa filosofia apropriada de prática, numa estrutura organizada, caracterizando-se por um processo de cuidado ao paciente e um sistema de gestão, de modo que sua prática pode interferir de maneira significativa no uso correto de medicamentos pela sociedade e, consequentemente, na prevenção e resolução de problemas relacionados à utilização de medicamentos.

A viabilização desta atividade constitui a incorporação de uma concepção clínica do âmbito farmacêutico, integrada à equipe de saúde no cuidado dos pacientes, e tem como base a capacidade do profissional, de assumir novas responsabilidades relacionadas aos medicamentos e aos pacientes, por meio da realização de um acompanhamento sistemático e documentado, com o consentimento dos mesmos (ALBERTON, 2001).

Desta forma, a prática da atenção farmacêutica pode contribuir para satisfazer a necessidade de um tratamento farmacológico adequado, efetivo e seguro através do desenvolvimento de ações centradas no paciente (BISSON, 2007).

Com o foco nos direitos humanos e justiça social, o acesso universal a medicamentos essenciais tornou-se importante indicador do padrão de saúde nos países. Paralelamente, o acesso aos serviços de saúde também depende da qualidade da atenção oferecida. Portanto, a atenção farmacêutica privilegia o paciente e pretende colocá-lo no centro do sistema de prestação de serviços (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

Assim, Angonesi (2008) ressalta que o maior benefício da implantação deste novo modelo de prática está no relacionamento entre o farmacêutico e o paciente. Para tanto, evidencia-se uma relação recíproca entre os mesmos, com base no diálogo, confiança, respeito, sinceridade e autenticidade, com o objetivo de satisfazer as necessidades de uma assistência contextualizada na complexidade social (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Desta forma, o foco do trabalho do farmacêutico passa a ser o paciente. Todas as suas ações e responsabilidades quando centradas no usuário de medicamentos trazem benefícios para ele e para o sistema de saúde (ANGONESI; RENNÓ, 2011). Além disso, Biguelini (2013) acrescenta que o modelo da atenção farmacêutica também preconiza a inserção da farmácia na sociedade, em prol do ser humano, das coletividades e dos meios em que estão inseridas. Nesta proposta, as práticas relacionadas ao paciente devem considerar a realidade brasileira da profissão e englobar as ações de saúde em concordância com os princípios do SUS (ANGONESI, 2005).

Biguelini (2013) também evidencia algumas experiências, considerando o impacto das ações de atenção farmacêutica para os pacientes e para os serviços de saúde, como por exemplo, os relatos do primeiro trabalho realizado nos Estados Unidos, a partir de dados do Projeto Minnesota, demonstrando que, após um ano de acompanhamento, aumentou o número de pacientes com resultados terapêuticos positivos, possibilitando a redução da complexidade farmacológica e evidenciando uma relação custo-benefício favorável.

Pereira e Freitas (2008) corroboram que na maioria dos países desenvolvidos a atenção farmacêutica tem demonstrado resultados eficazes tanto na redução de agravos (principalmente com relação aos portadores de patologias crônicas) quanto na diminuição de custos para o sistema de saúde.

Em 2004, a atenção farmacêutica foi inserida através da PNAF no contexto das ações de assistência farmacêutica no Brasil (BRASIL, 2004b). No entanto, do

ponto de vista legal e formal, somente no ano de 2009, por meio da Resolução RDC nº 44/09 (que dispõe sobre as boas práticas para controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e prestação de serviços em farmácias e drogarias), a atenção farmacêutica foi regulamentada em estabelecimentos farmacêuticos, com definição de protocolos, documentação e registro (BRASIL, 2009).

Entretanto, mesmo que esteja incluída na legislação brasileira, e venha sendo amplamente discutida entre pesquisadores, formuladores de políticas e profissionais, a atenção farmacêutica ainda não se consolidou como prática rotineira entre os farmacêuticos (ANDRADE et al., 2013).

No Brasil, esta prática ainda é incipiente e vem sendo gradualmente aplicada em farmácias comunitárias nas diversas regiões do país, mas ainda de forma fragmentada. Alguns fatores dificultam sua implantação, dentre os quais convém evidenciar: o desconhecimento e despreparo dos profissionais; a rejeição de proprietários de farmácias; a dificuldade de acesso ao medicamento por parte dos usuários do SUS; a ausência do farmacêutico nas unidades de saúde; e a falta de documentação científica que possibilite demonstrar aos gestores que a implementação desta atividade representaria investimento e não custo (PEREIRA; FREITAS, 2008; OLIVEIRA et al., 2005).

Chemello e colaboradores (2014) descreveram um modelo proposto de atenção farmacêutica, numa farmácia escola do SUS, baseado nos resultados de um programa de seguimento farmacoterapêutico de pacientes com doença de Parkinson, como estratégia para aumentar a segurança e efetividade da terapia farmacológica; e ainda enfatizam que este modelo de prática pode contribuir significativamente no desenvolvimento e organização dos serviços.

Borges e colaboradores (2011) apresentaram um estudo de análise de custos relacionado aos medicamentos e consultas em pacientes portadores de diabetes tipo 2, cujos resultados demonstraram que o grupo de pacientes acompanhados por um programa de atenção farmacêutica apresentou redução no consumo de metformina e nas visitas de pronto atendimento, mas aumentou o custo das consultas de atenção primária. Por outro lado, o grupo controle de pacientes apresentou aumento dos custos do tratamento farmacológico e do número de consultas, evidenciando o impacto no serviço de saúde.

Martins e colaboradores (2013) analisaram um modelo de atenção farmacêutica implementado em Unidade Básica de Saúde (UBS) em Goiânia, no Estado de Goiás, com pacientes hipertensos, no qual o modelo proposto foi capaz de detectar problemas com medicamentos, e propor intervenções para resolvê-los e preveni-los e, desta forma, contribuir para a melhoria de parâmetros clínicos destes pacientes, tais como a glicemia de jejum e o risco cardiovascular.

Outro exemplo da prática da atenção farmacêutica foi demonstrado por Lyra Júnior e colaboradores (2008), com pacientes idosos hipertensos na farmácia de uma UBS em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo, na qual se observou que a intervenção aperfeiçoou o uso de medicamentos, reduziu os sintomas causados pela terapia medicamentosa e melhorou as condições de saúde dos idosos. Ainda relataram que após a realização do estudo, os pesquisadores possibilitaram a capacitação sobre a prática da atenção farmacêutica para os demais farmacêuticos do sistema municipal de saúde, os quais puderam difundir, na região, esta nova prática profissional.

Plaster e colaboradores (2012) relataram um estudo realizado em Vila Velha, no Estado do Espírito Santo, com o objetivo de determinar o impacto de um programa de atenção farmacêutica em amostra de pacientes ambulatoriais do SUS, portadores de síndrome metabólica, randomizados em atenção farmacêutica ou atenção à saúde usual, cujos resultados puderam demonstrar que o programa de atenção farmacêutica melhorou o funcionamento do serviço, resultando na melhoria clínica destes pacientes com redução do risco de doença cardiovascular.

Nascimento e colaboradores (2009) demonstraram a aplicação deste conceito através dos resultados de um estudo de avaliação de um serviço de atenção farmacêutica, realizado em Belo Horizonte, em Minas Gerais, o qual constatou grande número de problemas relacionados aos medicamentos durante o acompanhamento farmacoterapêutico, principalmente com relação à efetividade dos tratamentos.

Santos e colaboradores (2010) demonstram mais uma atividade de atenção farmacêutica por meio dos resultados de um estudo de avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios em pacientes portadores de asma persistente, realizado na cidade de São Paulo, o qual pode evidenciar que a orientação fornecida pelo farmacêutico ao paciente foi importante para auxiliar na adequada realização da técnica inalatória.

Além das práticas de atenção farmacêutica mencionadas anteriormente, destacou-se a iniciativa do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS), com a experiência exitosa do município de Curitiba, no desenvolvimento do projeto piloto para implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na atenção básica, com a perspectiva de fomentar a discussão sobre o papel do cuidado farmacêutico e da prática clínica farmacêutica nas redes de atenção à saúde, conforme relatada nos quatro cadernos publicados pelo Ministério da Saúde, enfatizando os serviços farmacêuticos na atenção básica, o processo de capacitação dos profissionais envolvidos, o planejamento e a implantação desse novo serviço, bem como os resultados alcançados (BRASIL, 2014a).

O programa foi desenvolvido com pacientes polimedicados, que foram encaminhados para consulta farmacêutica. Quando verificado algum tipo de conflito entre os medicamentos administrados, o farmacêutico comunicava-se com os médicos responsáveis para discutir a harmonização do tratamento. Foram evidenciados problemas como omissão de doses, descontinuação indevida, dificuldade no acesso, descumprimento de horários de ingestão e até mesmo problemas de automedicação. Durante a primeira fase do projeto foram realizados 583 atendimentos, sendo que em todos os casos foi detectado algum tipo de problema com a farmacoterapia, caracterizando 49% deles relacionados à administração dos medicamentos e à adesão aos tratamentos (BRASIL, 2014a).

A elevada morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos, a evidência da possibilidade de prevenção, redução de custos em saúde e melhor qualidade de vida dos pacientes que receberam atenção farmacêutica, como ressaltado em estudos anteriores, tem motivado a realização do estudo da demanda por serviços de atenção farmacêutica (PIRES et al., 2006).

Silva Castro (2010) enfatizou a importância em continuar a transformação dos serviços farmacêuticos na perspectiva assistencial, considerando índices de morbimortalidade relacionados com medicamentos, e ainda acrescentou que o desenvolvimento de métodos e procedimentos padronizados para efetuar o acompanhamento farmacoterapêutico é indispensável como estratégia para que se obtenham os melhores resultados da terapia medicamentosa.

Entretanto, Correr (2013a) afirma que a profundidade dessa mudança está relacionada à capacidade do farmacêutico incorporar à sua práxis, conhecimentos

e habilidades que construam um novo referencial de atuação e padrão de qualidade, dentre os quais, aponta a adoção de um método clínico universal de abordagem de pacientes, a clara identificação da natureza dos problemas pertencentes ao seu escopo e um eficiente sistema de registro, pois constituem fatores essenciais à construção de uma prática sustentável em longo prazo.

2.5 Métodos clínicos para acompanhamento farmacoterapêutico

No sentido de buscar a melhor forma de realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, vários métodos foram propostos nos últimos anos. Dentre os mais difundidos encontram-se o *Therapeutic Outcomes Monitoring* (TOM), *Pharmacotherapy Workup of Drug Therapy* (PWDT) e o Método Dáder. De modo geral, os métodos citados têm a finalidade de fornecer ao farmacêutico algumas ferramentas para o atendimento clínico (CORRER; OTUKI, 2011).

Correr (2013a) esclarece que os métodos disponíveis advêm de adaptações do método clínico clássico de atenção à saúde e do sistema de registro SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) para as anotações do seguimento, proposto por Weed (1968). Ressalta ainda que, a partir dos anos 1960, foi publicada uma série de artigos sobre o método clínico e a avaliação da qualidade, apresentando uma abordagem conhecida como POMR (Problem-Oriented Medical Record).

Na década de 1970, Weed propôs um plano de seguimento em quatro fases, que se orienta pela resolução de problemas identificados no tratamento, a partir da coleta de dados, incluindo a história clínica do paciente, exame físico e exames laboratoriais por meio de um plano de cuidado para cada problema identificado e o acompanhamento das ações realizadas e evolução desta abordagem (WEED, 1971).

Desta forma, a partir da adaptação do método clínico foi desenvolvida a metodologia de atenção farmacêutica, que frequentemente segue as etapas descritas na Figura 1 (CORRER; OTUKI, 2011).



Figura 1 – Processo geral de atenção farmacêutica do paciente

Fonte: CORRER; OTUKI, 2011.

Apesar do desenvolvimento dos métodos disponíveis, Castro e colaboradores (2008) enfatizaram que a sistematização por parte do farmacêutico ainda não encontrava paradigmas metodológicos consolidados, e ainda não havia se demonstrado qual deles possui o melhor desempenho. Entretanto, afirmaram que todos mencionavam a necessidade do farmacêutico possuir habilidades de comunicação, a fim de estabelecer adequada relação terapêutica com o paciente, no sentido de solucionar os problemas relacionados com o processo de utilização dos medicamentos, em busca da melhoria da qualidade de vida.

Assim, os métodos mencionados compartilham da mesma linha de raciocínio lógico no desenvolvimento das etapas do processo de atenção ao paciente, diferenciando-se no modo de registro (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998). Além disso, podem ser aplicados em todos os ambientes, tais como na comunidade, em hospitais, nos cuidados de longa duração e na clínica, podendo ser utilizado em quaisquer pacientes, com todos os tipos de doenças e qualquer tipo de terapia medicamentosa (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Silva Castro (2010) enfatizou que para avaliar e monitorar a farmacoterapia é necessário o embasamento em metodologia que permita realizar o acompanhamento. Nesse sentido, desde 1996, a *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) recomendava a padronização do método para a implantação do serviço e ainda descreve um procedimento com base nas funções que os farmacêuticos devem executar para o atendimento individual dos seus pacientes. Desta forma, a adoção deste método poderia promover maior consistência na prestação dos cuidados farmacêuticos no contexto prático, bem como fornecer documentação específica contendo informações relacionadas ao paciente e medicação, que podem ser compartilhadas com outros profissionais de saúde (AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, 1996).

Embora Hepler e Strand (1990) tenham proposto o conceito de atenção farmacêutica mais disseminado no mundo, seguiram modelos de prática diferentes.

Strand e colaboradores desenvolveram um projeto de investigação utilizando o modelo PWDT, voltado para a prática na farmácia comunitária, que pode ser aplicado sistematicamente para todas as situações (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Hepler e colaboradores priorizaram a avaliação de enfermidades crônicas como diabetes e asma e, desta forma, desenvolveram o método TOM, que utilizava asma como projeto piloto (GRAINGER-ROUSSEAU et al., 1997).

Na Espanha, o Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada identificou alguns obstáculos que afastavam os farmacêuticos comunitários espanhóis da nova prática, como por exemplo: a falta de formação específica, desinteresse dos pacientes, escassez de tempo, dentre outros fatores. E desta forma, foi desenvolvido o Programa Dáder de Implantação do Seguimento do Tratamento Farmacológico (FAUS DÁDER, 2000).

2.5.1 Método PWDT – Pharmacotherapy Workup of Drug Therapy

Atualmente denominado *Pharmacotherapy Workup* (PW) e também conhecido como modelo Minnesota, ou Estudo da Terapia Farmacológica, este método foi desenvolvido por Strand e colaboradores (1988) para utilização em farmácias comunitárias, a partir da aplicação em qualquer paciente (SIMONI, 2009).

Após a publicação do conceito de atenção farmacêutica por Hepler e Strand (1990), deu-se início ao projeto denominado *Minnesota Pharmaceutical Care*

Project, na Universidade de Minnesota, que evidenciou a aplicação prática deste modelo nos pacientes, comprovando a viabilidade do método proposto (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Os objetivos do método incluem a avaliação das necessidades do paciente frente aos medicamentos utilizados; a instauração de ações, considerando recursos disponíveis para suprir estas necessidades e a realização do seguimento para determinar os resultados terapêuticos obtidos (CASTRO; FUCHS; FERREIRA, 2008).

O PW consiste na identificação e análise das necessidades e problemas de saúde do paciente, o que pode levar à identificação de problemas relacionados com os medicamentos utilizados. Após esta fase de avaliação, deve ser elaborado um plano de atenção, considerando os dados obtidos, para que em seguida seja realizada a avaliação e monitorização deste plano (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

O método adota uma classificação de problemas relacionados com medicamentos (PRM)² caracterizada como eventos indesejáveis experimentados pelo paciente, que envolve ou suspeita-se que envolva a terapia medicamentosa, que podem interferir com os resultados de saúde desejados, na qual o farmacêutico deve levar em consideração para análise sistemática da terapia (CORRER, 2013a). A Tabela 1 apresenta a classificação de PRM segundo Cipolle e colaboradores (1998), dividida em sete categorias.

O conceito de problemas relacionados com medicamentos (PRM) é controverso na

literatura internacional. Podem ser substituídos por "problemas relacionados aos medicamentos", "problemas farmacoterapêuticos", ou "resultados negativos da medicação". Este último foi proposto no III Consenso de Granada, para diferenciar os problemas ocorridos no processo de uso de medicamentos das falhas nos resultados da farmacoterapia. Insta frisar que ao modificar o termo PRM para RNM, o III Consenso de Granada sugeriu uma lista de PRM não mais organizada nas categorias de necessidade, efetividade e segurança, mas incluindo problemas tais como: administração incorreta, características pessoais, conservação inadequada, contraindicação, dose, frequência ou duração inadequada, duplicidade, erro de dispensação, erro de prescrição, não adesão, interações, entre outros (CORRER; OTUKI, 2011). Neste trabalho adotou-se o termo PRM, conforme proposta do Consenso de Atenção Farmacêutica no Brasil, para caracterizar "um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário" (IVAMA, 2002).

Tabela 1 – Classificação de problemas relacionados com medicamentos, utilizada na metodologia *Pharmacotherapy Workup of Drug Therapy*, segundo Cipolle e colaboradores.

Classificação de problemas relacionados com medicamentos

Indicação

Farmacoterapia desnecessária

Necessidade de farmacoterapia adicional

Efetividade

Fármaco inefetivo

Dosagem muito baixa

Segurança

Reação adversa ao medicamento

Dose muito alta

Adesão

Não adesão à terapia

Fonte: CORRER, 2013a

Este processo está embasado no relacionamento do farmacêutico com o paciente, e apresenta seis etapas, propostas por Strand e colaboradores (1988) como um instrumento para auxiliar na padronização da documentação do banco de dados do farmacêutico clínico, nas atividades de cuidado do paciente e nos planos terapêuticos. Estas etapas consistem em: i. estabelecer um banco de dados para cada paciente; ii. identificar problemas relacionados com medicamentos; iii. descrever os objetivos terapêuticos desejados; iv. listar todas as alternativas terapêuticas que possam produzir os resultados desejados; v. selecionar o tratamento mais adequado, que provavelmente irá resultar nos resultados desejados; e vi. estabelecer um plano de monitorização para alcançar os resultados terapêuticos desejados.

Simoni (2009) ressalta a importância da realização das etapas para obtenção de um impacto positivo para a saúde dos pacientes; relaciona ainda a qualidade da informação obtida com a relação de confiança estabelecida entre o paciente e o farmacêutico e as decisões tomadas a partir do plano de ação. Acrescenta que o processo ocorre de maneira dinâmica, em vários encontros.

Segundo Correr (2013a) cada plano de cuidado é formulado para cada tratamento em curso, registrado em formulário específico de uma página, e após o monitoramento e evolução do paciente, o acompanhamento de cada problema de saúde também é registrado de forma separada em outro formulário de uma página. Desta forma, considerando a sistematização do registro, consta de um formulário inicial e tantos formulários quanto forem necessários para os planos de cuidado e acompanhamento.

2.5.2 Método TOM – Therapeutic Outcomes Monitoring

Também conhecido como monitorização de resultados terapêuticos, este método foi desenvolvido, a partir do PWDT, por Charles Hepler, na Universidade da Flórida, a partir de 1991, com a finalidade de apoiar as atividades do farmacêutico nas farmácias comunitárias (CASTRO; FUCHS; FERREIRA, 2008; GRAINGER-ROUSSEAU et al., 1997).

Da mesma forma que o método proposto por Strand e consiste em coletar dados do paciente, com a finalidade de identificar PRM e planejar ações para resolvê-los (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Entretanto, diferentemente do método PWDT, o método TOM inclui a dispensação de medicamentos como uma de suas etapas (SIMONI, 2009).

Castro e colaboradores (2008) apontam as etapas deste método, que compreende inicialmente a coleta, interpretação e registro das informações relevantes sobre o paciente, tais como história médica, terapêutica e social. Em seguida, o registro e identificação dos objetivos explícitos da prescrição. Simoni (2009) assinalam os objetivos clínicos (sob o aspecto do profissional) e aqueles relacionados à qualidade de vida (paciente), e ainda acrescentam que o prescritor deve ser contatado para esclarecimentos, se necessário.

A partir desta fase, ocorre a avaliação da viabilidade do plano terapêutico em relação aos objetivos da terapia, levando em consideração os PRM detectados, as características dos pacientes, suas expectativas e poder aquisitivo. Consequentemente, desenvolve-se o plano de monitorização, adaptando o mesmo a protocolos padronizados de tratamento. Logo após é realizada a dispensação do medicamento, considerando o conhecimento do paciente sobre a terapia e instruindo-o com as orientações necessárias (CASTRO; FUCHS; FERREIRA, 2008).

Assim, implanta-se o plano de monitorização, com agendamento de outro encontro. Simoni (2009) esclarece a importância de documentar as informações, problemas e intervenções realizadas e ainda inclui nesta etapa a avaliação do paciente e a resolução de PRM, considerando a possibilidade de reações adversas e falhas no tratamento. Castro e colaboradores (2008) acrescentam que o prescritor pode ser comunicado em qualquer momento e a revisão do plano pode ser feita conforme necessidade.

2.5.3 Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico

Trata-se de um método elaborado pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, na Espanha, no ano de 1999, que pode ser utilizado para realizar o seguimento para qualquer paciente, em qualquer âmbito assistencial, de forma sistematizada, continuada e documentada, com a finalidade de registar, monitorizar e avaliar os efeitos da farmacoterapia utilizada, através de procedimentos simples e práticos (FAUS DÁDER; MUÑOZ; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, 2008).

O Método Dáder resumidamente apresenta sete etapas, e se fundamenta em obter informação sobre os problemas de saúde e a farmacoterapia do paciente, como subsídio para elaboração da história farmacoterapêutica, a partir da qual podem ser elaborados os estados da situação, que possibilitam a visualização do panorama do paciente, em distintos momentos, para avaliar os resultados da farmacoterapia. Consequentemente, estabelece-se um plano de atuação, no qual ficarão registradas todas as intervenções que se façam oportunas para melhorar ou preservar o estado de saúde do paciente, e a partir deste momento entrevistas sucessivas podem ser estabelecidas (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).

De acordo com esta metodologia, o entendimento de PRM está relacionado com as falhas ou resultados clínicos negativos associados a farmacoterapia, buscando diferenciar os problemas ocorridos durante o processo de utilização do medicamento dos resultados negativos que podem advir do uso do medicamento, caracterizando a principal diferença deste método em comparação com outras abordagens de avaliação da farmacoterapia (CORRER; OTUKI, 2013).

Com isso, o método modificou a compreensão do termo PRM para Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM), e desta forma, atualmente, não há uma proposta definitiva para os PRM, pois a farmacoterapia é avaliada considerando a classificação de RNM em seis categorias (CORRER, 2013a). A Tabela 2 apresenta a classificação de RMN de acordo com o Terceiro Consenso de Granada.

Tabela 2 – Classificação de resultados negativos associados aos medicamentos utilizada na metodologia Dáder, segundo o Terceiro Consenso de Granada.

Classificação de resultados negativos associados aos medicamentos

Necessidade

Problema de saúde não tratado

Efeito de um medicamento desnecessário

Efetividade

Inefetividade não quantitativa

Inefetividade quantitativa

Segurança

Insegurança não quantitativa

Insegurança quantitativa

Fonte: CORRER, 2013a

Yokoyama e colaboradores (2011) indicam que o método se baseia na técnica de resolução de PRM utilizando fichas de acompanhamento preenchidas e arquivadas manualmente.

Correr (2013a) aponta que o método organiza toda a documentação do estado situacional do paciente, incluindo avaliação de PRM e as intervenções, condensando numa única folha a identificação do problema, o plano de ação estabelecido e avaliação.

Entretanto, com a intenção de facilitar o trabalho e favorecer a comunicação dos farmacêuticos, o modo de registro foi informatizado, e o Programa Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico desenvolveu um sistema web on line denominado DaderWeb (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).

Nesse sentido, Simoni (2009) afirma que o método vem sendo utilizado em vários países em virtude da praticidade, pois possibilita espaço de tempo para análise dos dados e aprendizagem do método aplicado, o que se tornou um atrativo para iniciantes desta modalidade de atenção farmacêutica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar proposta para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes que recebem medicamentos por determinação judicial ou pela via administrativa em municípios.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Avaliar limites e possibilidades para a implantação de serviços municipais de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes;
- 3.2.2 Propor instrumentos para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes;
- 3.2.3 Elaborar fluxogramas de atendimento de demandas judiciais e administrativas em municípios, incluindo o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de pesquisa aplicada, visando contribuir para a gestão municipal de demandas judiciais na saúde, a partir da elaboração de proposta de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes atendidos por determinação judicial ou pela via administrativa.

4.2 Cenário e atores

Este trabalho está integrado a um projeto amplo relacionado com a judicialização da saúde, desenvolvido na Universidade de Sorocaba desde 2007, que atualmente recebe apoio da Fapesp, na modalidade Auxílio Regular à Pesquisa (Processo Fapesp nº 2014/06038-2).

A partir do referencial teórico relacionado com o tema selecionado foram organizadas oficinas e grupos de trabalho para construção coletiva de uma proposta de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em municípios, incluindo a participação dos seguintes atores e suas respectivas contribuições ao desenvolvimento do projeto:

- I. Mestranda: revisão da literatura específica da área; pesquisa e seleção de informações relevantes para elaboração dos fluxogramas de atendimento e desta proposta de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes; preparo de material para organização e realização das oficinas e grupos de trabalho; sistematização das propostas dos participantes e avaliação das contribuições para o estudo e encaminhamento dos resultados da pesquisa para publicação.
- II. Coordenador do projeto: coordenação, supervisão e captação de recursos para o desenvolvimento dos projetos relacionados com o tema judicialização da saúde; supervisão da organização das oficinas e grupos de trabalho; avaliação das ações desenvolvidas no decorrer do trabalho e indicação das correções necessárias; elaboração e encaminhamento de relatórios às agências de fomento e encaminhamento dos resultados da pesquisa para publicação.

- III. Equipe técnica, incluindo professores, doutores, mestres, mestrandos, bolsistas de iniciação científica e outros convidados: contribuíram na avaliação dos limites е possibilidades para а implantação de serviços acompanhamento farmacoterapêutico em municípios; contribuíram para o aperfeiçoamento dos fluxogramas de atendimento dos pacientes. Participaram de duas oficinas de trabalho, conforme lista de participantes da "I Oficina sobre judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes" (Apêndice A) e da "Il Oficina sobre judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes" (Apêndice B).
- IV. Pesquisadores associados: contribuíram para a definição de instrumentos para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes e da forma de registro das informações dos pacientes (Apêndice C).

4.3 Procedimentos

4.3.1 Limites e possibilidades para implantação de serviços municipais de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes

Para discutir os limites e as possibilidades para implantação de um serviço municipal de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes no âmbito do SUS foram promovidas duas oficinas de trabalho.

A "I Oficina sobre judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes" foi realizada no Auditório da Biblioteca da Cidade Universitária Professor Aldo Vannucchi, em 29 de abril de 2014, e abordou os limites e possibilidades da elaboração e implantação do acompanhamento farmacoterapêutico em municípios, além de discutir os requisitos mínimos para implantação de um serviço desta natureza.

A programação desta oficina incluiu breve apresentação do projeto, abordando a judicialização e suas repercussões sobre o SUS, com ênfase na importância do acompanhamento dos pacientes atendidos por determinação judicial e até mesmo pela via administrativa. Também foram destacados aspectos relacionados às possíveis barreiras para implantação do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em municípios.

Os participantes receberam orientações para discussão e material de apoio para registro. Em seguida foram divididos em grupos de discussão que abordaram: i. possíveis estratégias para superação dos problemas apontados inicialmente; ii. variáveis relevantes para o acompanhamento farmacoterapêutico informatizado, a ser inserido no Sistema Jud Sys³; iii. requisitos mínimos para implantação de um serviço municipal de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes. As propostas elaboradas pelos grupos foram apresentadas em plenária e, após sistematização pelos pesquisadores, um relatório foi enviado aos participantes, por meio eletrônico.

A "II Oficina sobre judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes" foi realizada em 06 de junho de 2014, no Auditório da Biblioteca da Cidade Universitária Professor Aldo Vannucchi, com o objetivo de aprofundar a discussão, de forma coletiva, orientada por três questões levantadas na oficina anterior: i. Como convencer um município a implantar o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes que recebem medicamentos por determinação judicial ou pela via administrativa? ii. Que benefícios a implantação deste serviço poderá trazer para os municípios e para os pacientes? iii. Que estratégias podem favorecer a participação de pacientes da via judicial neste modelo de acompanhamento farmacoterapêutico?

Material de apoio para o registro das propostas foi distribuído aos participantes. As contribuições recebidas foram sistematizadas e avaliadas pelos pesquisadores, para posterior incorporação à proposta.

4.3.2 Instrumentos para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes

Para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes foram propostos alguns instrumentos próprios, sistematizando as informações relevantes em oito categorias descritas a seguir. As principais referências que subsidiaram a definição destes instrumentos foram citadas ao final de cada categoria.

✓ Categoria 1 – Informações sobre o paciente e o cuidador: inclui dados sociodemográficos do paciente (Ficha 1.1); do cuidador do paciente (Ficha 1.2) e dados antropométricos e hábitos do paciente (Ficha 1.3): para a

³ O Sistema Jud Sys e a proposta de inserção do módulo informatizado de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes estão descritos no Apêndice D.

elaboração das fichas desta categoria foram consideradas informações do cadastro de pacientes do Sistema Jud Sys (incluindo dados pessoais e de residência), complementadas por outras informações definidas por consenso entre os pesquisadores. Foram incluídos dados antropométricos; hábitos relacionados ao estilo de vida dos pacientes; condições especiais (tais como, gestação, amamentação e histórico de reações adversas); vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas (BRASIL, 2010; PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

- ✓ Categoria 2 Informações sobre os problemas de saúde do paciente: contém dados sobre a doença principal e comorbidades (Ficha 2.1) e informações sobre queixas e sintomas (Ficha 2.2): para a definição desta categoria foram considerados outros modelos de acompanhamento farmacoterapêutico e o Sistema Jud Sys (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014).
- ✓ Categoria 3 Informações referentes aos tratamentos em curso: inclui tratamentos não prescritos (Ficha 3.1); tratamentos prescritos (Ficha 3.2) e a revisão por sistemas (Ficha 3.3): para a definição desta categoria foram adaptados os dados previstos em outros modelos de acompanhamento farmacoterapêutico e na avaliação da adesão à terapia medicamentosa. Também foi previsto o registro de alterações percebidas pelo paciente, com base na revisão por sistemas. As informações da ficha 3.3 foram definidas por consenso entre os pesquisadores (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; MORISKY et al., 1986).
- ✓ Categoria 4 Informações relacionadas com suspeitas de reações adversas a medicamentos (Ficha 4): os dados registrados nesta ficha foram adaptados do formulário de registro de reações adversas do Centro de

Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e definidas por consenso entre os pesquisadores (SÃO PAULO, 2013).

- ✓ Categoria 5 Resultados de exames e outros parâmetros clínicos do paciente: inclui detalhamento sobre exames (Ficha 5.1) e os parâmetros clínicos para monitoramento do paciente no dia da consulta (Ficha 5.2). Estas fichas foram construídas por consenso entre os pesquisadores, incluindo exames laboratoriais e parâmetros para a avaliação clínica do estado de saúde do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).
- ✓ Categoria 6 Panorama global do estado de saúde do paciente (Ficha 6): as informações desta ficha estão fundamentadas no Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).
- ✓ Categoria 7 Intervenções e alterações da conduta terapêutica: contém a descrição do plano de atuação (Ficha 7.1); a intervenção farmacêutica (Ficha 7.2) e o registro de intervenção de RNM (Ficha 7.3), que inclui a identificação do RNM (Ficha 7.3.1); a atuação (Ficha 7.3.2) e o resultado (Ficha 7.3.3): as informações destas fichas estão fundamentadas no Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).
- ✓ Categoria 8 Planejamento das consultas: inclui o agendamento das próximas avaliações, com profissionais farmacêuticos (Ficha 8.1) e com outros profissionais de saúde (Ficha 8.2). As informações destas fichas foram definidas por consenso entre os pesquisadores.

4.3.3 Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em municípios.

Esta proposta de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em municípios considerou tanto o atendimento de pacientes que recebem

medicamentos por determinação judicial quanto daqueles que encaminham suas solicitações pela via administrativa.

O fluxo do atendimento destas demandas teve como base o Manual de Gestão Municipal de Demandas Judiciais na Saúde (BARBERATO FILHO; PEREIRA, 2013) e outras referências sobre o tema (PEREIRA, 2014; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011; CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

As informações técnicas envolvidas na elaboração da proposta de acompanhamento farmacoterapêutico foram definidas a partir de referências sobre atenção farmacêutica e outros métodos de acompanhamento de pacientes (CORRER, 2013a; ANGONESI; RENNÓ, 2011; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Os requisitos mínimos (infraestrutura, recursos humanos e materiais) para a implantação de um serviço municipal de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes atendidos por determinação judicial ou pela via administrativa foram definidos com base em referências sobre boas práticas farmacêuticas e na legislação sanitária vigente (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2009).

Cabe destacar que os fluxogramas de atendimento e os requisitos mínimos para a implantação de um serviço municipal de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes foram aprimorados com base nas contribuições recebidas dos participantes das duas oficinas sobre judicialização da saúde.

5 RESULTADOS

5.1 Limites e possibilidades para implantação de serviços municipais de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes

A I e a II Oficina "Judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes" possibilitaram a identificação de potenciais barreiras à implantação de um serviço municipal de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes que recebem medicamentos por determinação judicial ou pela via administrativa e possíveis estratégias de superação, conforme apresentado no Quadro 1, que apresenta a sistematização das propostas das oficinas, com ajustes de redação.

Quadro 1 – Barreiras e estratégias para implantação de serviços municipais de acompanhamento farmacoterapêutico. (continua)

Barreiras	Estratégias
	Apresentar ao gestor as justificativas da implantação do acompanhamento farmacoterapêutico, fundamentado na importância de promover o uso racional de medicamentos e nos casos registrados de intoxicação com os mesmos.
	Explicar a proposta de um novo conceito de serviço que prevê a mudança no comportamento dos profissionais de saúde e dos pacientes, com ênfase na educação em saúde e, sempre que possível, contribuindo para a diminuição dos gastos com medicamentos.
	Apresentar aos municípios uma proposta concreta de implantação do serviço, com indicativo para realizar um estudo piloto.
Sensibilização do município	Na ausência de resultados de serviços semelhantes em municípios, uma estratégia seria apresentar aos gestores resultados de projetos anteriores (obtidos com a aplicação do Método Dáder e outros modelos de acompanhamento farmacoterapêutico).
	Realizar estudo piloto no município, preferencialmente sem custos para o município, com alguma instituição capacitando e disponibilizando o farmacêutico clínico para atuação no serviço.
	Trabalhar com os pacientes fora do âmbito das secretarias de saúde para fazer o acompanhamento e registrar os resultados que poderiam reunir argumentos para sensibilizar os gestores (projeto de iniciação científica, por exemplo).
	Oferecer capacitação para a equipe de saúde (educação permanente).
	Utilizar os relatórios do Sistema Jud Sys para sensibilizar o gestor a implantar o serviço ou a acolher o estudo piloto.
	Criar um núcleo de integração intermunicipal (regional).

Quadro 1 – Barreiras e estratégias para implantação de serviços municipais de acompanhamento farmacoterapêutico. (conclusão)

Barreiras	Estratégias		
Barreiras Econômicas	Sensibilizar o gestor de que o serviço poderá trazer retorno financeiro pela redução de custos na aquisição de medicamentos.		
	Elaborar planilha de custos de implantação do serviço considerando espaço físico, recursos humanos e materiais.		
	Apresentar resultados que indiquem a redução dos custos com aquisição de medicamentos		
	Disponibilizar ferramenta informatizada ou viabilizar a informatização do programa de registro.		
	Acessar banco de dados de demandas judiciais para verificar as características das demandas judiciais (medicamentos mais prescritos, advogados e organizações não governamentais envolvidos) e estimar os gastos.		
Sensibilização do paciente	Conscientizar os pacientes com relação aos possíveis benefícios do acompanhamento farmacoterapêutico.		
	Aproximar os pacientes da equipe multiprofissional capacitada com os conceitos de atenção farmacêutica, pois o acolhimento proporcionado por este modelo de assistência (centrada nos pacientes) favorece a inclusão dos mesmos, fazendo com que eles se sintam mais comprometidos em cumprir a farmacoterapia.		
	Planejar a abordagem dos pacientes, pois muitos têm receio de perder o benefício obtido judicialmente.		
	Estimular a melhoria das condições de saúde da população.		
	Convencer os juízes a vincular o fornecimento do medicamento ao acompanhamento no âmbito do SUS.		
	Divulgar os resultados obtidos no projeto piloto ou em experiências anteriores.		
	Oferecer serviços adicionais de qualidade (monitoramento de reações adversas, estudos de efetividade, registro de intercorrências, etc.).		
	Fomentar a constituição de grupos de apoio e usar a estrutura de outros serviços.		

Fonte: Elaboração própria.

5.2 Instrumentos para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes

Os instrumentos propostos para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes foram sistematizados em oito categorias e subsidiaram a elaboração de 22 fichas para o registro das informações⁴.

⁴ Considerando que estas fichas deverão, no escopo do projeto Fapesp nº 2014/06038-2, subsidiar o desenvolvimento de um módulo informatizado de acompanhamento farmacoterapêutico a ser incorporado ao Sistema Jud Sys, foram adotadas as seguintes convenções em alguns campos específicos das fichas: "[campo aberto]" para designar campos abertos de preenchimento; "[preenchimento automático]" para indicar determinadas informações que o sistema deverá preencher automaticamente; "[cálculo automático]" para destacar operação matemática que poderá ser realizada pelo sistema; "[fazer *upload* do laudo digitalizado]" para explicar que o laudo poderá

Categoria 1 – Informações sobre o paciente e o cuidador

Ficha 1.1 - Informações sociodemográficas do paciente

Nome completo: [campo aberto]		Gênero: () Masculino	() Feminino	
Nascimento:	Naturalidade:	Nacionalidade:	Idade: [cálculo automático]	
[calendário]	[campo aberto]	[campo aberto]		
E-mail: [campo aberto]		Telefone:	Celular:	
		[campo aberto]	[campo aberto]	
RG: [campo aberto]		CPF: [campo aberto]	Cartão SUS:	
			[campo aberto]	
Endereço: [campo abert	o]	Número:	Complemento:	
		[campo aberto]	[campo aberto]	
Bairro: [campo aberto]		Zona urbana ()	Zona rural ()	
Município: [campo abert	0]	UF: [campo aberto]	CEP: [campo aberto]	
Possui convênio médico	: () Sim. Qual? [c	campo aberto] () Não		
Participação em prograr	na do SUS: () Sir	n. Qual? [campo aberto]	() Não	
Participação em programa de acompanhamento clínico: () Sim. Qual? [campo aberto] () I			al? [campo aberto] () Não	
Está vinculado a alguma	uBS/Centro de Sa	aúde? () Sim. Qual? [ca	mpo aberto] () Não	
		()1 ()2 ()3 ())13 ()14 ()15 ou		
		ra de Ocupações): [camp		
Renda familiar (em salários mínimos): () Até 0,5 () 0,5 a 1 () 1 a 3 () 3 a 5 () 5 a 7 () 9 a 11 () Acima de 11				
Estado civil:				
() Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo () Outro. Qual? [campo aberto]				
Total de dependentes: ()0 ()1 ()2	2 ()3 ()4 ()5 () >5	
Número de pessoas que				
()0 ()1 ()2 (
O paciente possui cuidador: () Sim. Quantos? () 1 () 2 () >2 () Não				

ser digitalizado e armazenado no sistema; "[lista pré-carregada no sistema]" para indicar que o sistema possui banco de dados para registro de informações; "[geração de relatórios]" para indicar que o sistema poderá emitir relatórios das informações relacionadas ao campo; "[abrir automaticamente a Ficha 4]" para indicar que o sistema abrirá automaticamente outra ficha para preenchimento de informações complementares; "[calendário]" e "[relógio]" indicam que o sistema poderá apresentar calendário para registro de datas e relógio para agendamento de consultas.

Ficha 1.2 - Informações sobre o cuidador do paciente Nome do cuidador responsável pelo paciente: Vínculo: [campo aberto]) Cônjuge) Filho(a)) Pai/Mãe) Outro parente. Qual? [campo aberto] É remunerado? () Sim () Não) Amigo) Empregado doméstico) Profissional de saúde. Qual? [campo aberto]) Outro. Qual? [campo aberto] Escolaridade (em anos de estudo): () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14 () 15 ou mais Horas diárias de cuidado: () Menos de 4 horas/dia) Entre 4 e 8 horas/dia) Entre 8 e 12 horas/dia) Mais de 12 horas/dia Ficha 1.3 – Informações antropométricas e hábitos do paciente (continua) Data de registro da informação: [preenchimento automático] Peso (ka): Altura (m): IMC: [cálculo automático] [campo aberto] [campo aberto] Gestação: () Sim () Não Amamentação: () Sim () Não Histórico de reações adversas a medicamentos (inclusive reações alérgicas): () Sim. [abrir automaticamente a Ficha 4 – Informações relacionadas com suspeita de reações adversas a medicamentos] () Não Hábitos alimentares: Prática regular de exercícios físicos: Consumo de alimentos ricos em: Nos últimos três meses, você praticou algum) calorias tipo de exercício físico ou esporte?) glicose () Sim. Qual? [campo aberto] () Não) sódio) colesterol Você pratica o exercício pelo menos uma vez por semana? [campo aberto] Necessidade de alimento ou dieta específica:) Sim. Qual? [campo aberto]) Não Quantos dias por semana? [campo aberto]

Quanto tempo dura esta atividade?

[campo aberto]

Outras restrições:

) Não

) Sim. Qual? [campo aberto]

	çoes antropometricas e	nabitos do paciente	(conclusão)
Consumo de bebidas	5:	Fuma atualmente:	
Alcoólicas:		()Sim ()Não	
() Sim () Não		() Nao	
() Siiii () Ivao		Quantidade:	
Quantidade:		() número de cigarros/d	lia [campo aberto]
Nos últimos 30 dias	você consumiu quatro		[
mais doses* (para n	nulheres) ou cinco ou ma		
	s) em uma única ocasião?		
() Sim () Não		() Sim. Por quanto temp	oo? [campo aberto]
	alcoólica corresponde a ur aça de vinho ou uma dose		
	ualquer outra bebida alcoóli		
destilada.	·	() Sim. Quantas vezes?	()1 ()2 ()>2
		() Não	() · () – () · –
	prévio de dependência a	ao ` ′	
álcool? () Sim () Não			
() Siiii () Nac)	Uso de outras drogas:	
Café:		() Sim. Qual? [campo al	bertoj
()Sim ()Não)	()Não	
Quantidade:			
() até 2 xícaras/dia			
() 3-6 xícaras/dia	o/dio		
() mais de 6 xícara	s/uia		
Refrigerante:			
() Sim () Não			
Quantidade:			
() até um dia/sema			
() 2-3 dias/semana			
() mais de 3 dias/se	emana		
Categoria 2 – Inforn	nações sobre problemas	s de saúde do paciente	
	nagood doblo probloma	o do cadao do pacionio	
Ficha 2.1 – Informa	ções sobre a doença pri	ncipal e comorbidades	
Data de registro da ir	nformação: [preenchiment	to automático]	
Obs.: para cada doe	nça registrar as informaçõ	es abaixo	
		Ano do diagnóstico:	
		[campo aberto]	Tipo:
Doença:	CID:		() Principal
[lista pré-carregada	[lista pré-carregada no	() Suspeito	() Associada
no sistema]	sistema]	() Confirmado	() Indeterminada
		() Indeterminado () Não sabe informar	, ,
O paciente apresento	u laudo médico?	() Nao Sabe IIIIOIIIIai	L
	nd do laudo digitalizado]		
() Não			
Preocupação do pac	iente em relação à doenç	a:	
() Pouca			
() Regular			

Total de morbidades/paciente registradas no sistema: [preenchimento automático e geração de relatórios]

Ficha 2.2 – Informações sobre queixas e sintomas

Data de registro da informação: [preenchimento automático]				
OBS: para cada que	ixa ou sintoma registrar as informaçõ	es abaixo		
Queixa/sintoma: () Sim. Qual? [campo aberto] () Não	[campo aberto] registrada?			
Existe algum fator que agrave a queixa ou sintoma? () Sim. Qual? [campo aberto] () Não				
Existe algum fator que alivie a queixa ou sintoma? () Sim. Qual? [campo aberto] () Não				
Preocupação do paciente em relação a queixa ou sintoma: () Pouca () Regular () Bastante				
Associa esta queixa ou sintoma com alguma suspeita de reação adversa? () Sim. [abrir automaticamente a Ficha 4 – Informações relacionadas com suspeita de reações adversas a medicamentos]. () Não				
Informações complementares: [campo aberto]				

Categoria 3 – Informações referentes aos tratamentos em curso

Ficha 3.1 – Tratamentos não prescritos				
Data de registro da informação: [preenchimento au	tomático]			
Uso de medicamento:	o rolotárical			
[contagem automática pelo sistema para geração d	_			
Nome do fármaco/medicamento: [campo aberto]	Apresentação:	Forma farmacêutica:		
	[campo aberto]	[campo aberto]		
Classificação:				
() Alopático () Homeopático () Fitoterápico () Planta medicinal			
() Outro. Qual? [campo aberto]				
Data de início do tratamento: [calendário]	Data final do tratamente	o: [calendário]		
() Exata	() Exata			
() Aproximada	() Aproximada			
() Indeterminada	() Indeterminada			
Dose: [campo aberto]				
Via de administração: [campo aberto]				
Frequência de administração: [campo aberto]				
Tempo de tratamento: [campo aberto]				
Motivo do uso: [campo aberto]				
Percepção do paciente:				
Está se sentindo melhor com o uso do medicamo	anto?			
() Sim	5110 :			
() Não				
` '				
() Não sabe avaliar				
2. Sente o efeito do medicamento?				
() Sim. Descreva como você percebe o efeito (be	nefico ou malefico). [cam	ipo abertoj		
() Não				
3. Tem alguma dificuldade na administração (uso) do medicamento?				
() Sim. Qual? [campo aberto]				
() Não				
4. Conhece alguma(s) precaução(ões) de utilização)?			
() Sim. Qual? [campo aberto]				
() Não				
5. Associa o uso deste medicamento com alguma suspeita de reação adversa?				
() Sim. [abrir automaticamente a Ficha 4 – Informações relacionadas com suspeita de reações				
adversas a medicamentos]. () Não				
Informações complementares: [campo aberto]				

Ficha 3.2 - Tratamentos prescritos

Data de registro da informação: [preenchimento automático]				
Uso de medicamento:	Uso de medicamento:			
[contagem automática pelo sistema para geração de				
Nome do fármaco/medicamento: [campo aberto]	Apresentação:	Forma farmacêutica:		
	[campo aberto]	[campo aberto]		
() Alopático () Homeopático () Fitoterápico () Outro. Qual? [campo aberto]	() Planta medicinal			
Data de início do tratamento: [calendário]	Data final do tratamer	nto: [calendário]		
() Exata	() Exata			
() Aproximada	() Aproximada			
() Indeterminada	() Indeterminada			
Dose: [campo aberto]				
Via de administração: [campo aberto]				
Frequência de administração: [campo aberto]				
Tempo de tratamento: [campo aberto]				
Indicação terapêutica: [campo aberto]				
Prescritor: () Médico () Dentista	Registro profissional:	[campo aberto]		
Nome: [campo aberto]	Especialidade: [camp	o aberto]		
Origem da prescrição: () Setor público () Setor	privado			
Obtenção do medicamento:				
() Via judicial () Via administrativa () SUS () () Outra. Qual? [campo aberto]	Setor privado			
Adesão ao tratamento:				
1. Você, alguma vez, se esquece de tomar o seu me	dicamento?			
() Sim				
() Não				
2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário d	e tomar seu medicame	nto?		
() Sim				
() Não				
3. Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o seu medicamento?				
() Sim				
() Não				
4. Quando você se sente mal, com o medicamento, às vezes, deixa de tomá-lo?				
() Sim				
() Não				
Percepção do paciente:				
Está se sentindo melhor com o uso do medicamer Sim	110?			
() Não				
() Não sabe avaliar				
2. Sente o efeito do medicamento?				
() Sim. Descreva como você percebe o efeito (bene	éfico ou maléfico). Icam	nno abertol		
() Não	siloo ou maiolioo). [oun	ipo abortoj		
3. Tem alguma dificuldade na administração (uso) do medicamento?				
() Sim. Qual? [campo aberto]				
() Não				
4. Conhece alguma(s) precaução(ões) de utilização?				
() Sim. Qual? [campo aberto]				
() Não				
5. Associa o uso deste medicamento com alguma su				
() Sim. [abrir automaticamente a Ficha 4 – Informações relacionadas com suspeita de reações				
adversas a medicamentos].				
() Não				
Tratamentos anteriores para a mesma doença, queixa ou sintoma: [campo aberto]				
Informações complementares: [campo aberto]				

Ficha 3.3 - Revisão por sistemas

(continua)

Ficha 3.3 – Revisão por	(continua)	
Sistemas	paciente	
Geral	() Alteração no apetite	
	() Alteração no peso	
	() Dor	
	() Tontura (vertigem)	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Órgãos dos sentidos	() Alterações visuais	
(ouvido, olho, boca,		
nariz)	() Zumbido do ouvido	
	() Epistaxe	
	(sangramento no nariz)	
	() Rinite alérgica	
	() Glaucoma	
	() Hemoptise	
	(expectoração sanguinolenta)	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Cardiovascular	() Dor no peito	
	() Hiperlipidemia	
	() Hipertensão	
	() Infarto do miocárdio	
	() Hipotensão ortostática	
	() Taquicardia	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Pulmonar	() Asma	
	() Falta de ar	
	() Taquipneia	
	() Chiado	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Trato gastrintestinal	() Queimação	
	() Dor abdominal	
	() Dor no estômago	
	() Diarreia	
	() Náusea	
	() Constipação	
	() Vômito	
	() Fezes sanguinolentas	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Hepático	() Cirrose	
	() Hepatite	
	() Icterícia	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Sistema endócrino	() Diabetes	
	() Hipotireoidismo	
	() Sintomas de menopausa	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Pele	() Eczema/psoríase	
	() Prurido/coceira	
	() Rash (exantema)	
	() Micose	
	() Verruga	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	

Ficha 3.3 - Revisão por sistemas

(conclusão)

Ficha 3.3 – Revisão por s	(conclusão	
Sistemas	Alterações percebidas pelo paciente	Observações
Hematopoiético	() Hematomas	
	() Sangramentos	
	() Anemia	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Geniturinário/reprodutor	() Hemorragia	
	() Incontinência	
	() Impotência	
	() Diminuição da libido	
	() Corrimento vaginal	
	() Prurido/coceira	
	() Lesões/feridas	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Renal/urinário	() Poliúria/aumento do volume	
	() Polaquiúria/ aumento da	
	frequência	
	() Disúria/ dificuldade de urinar	
	() Hematúria/sangue na urina	
	() Disfunção renal	
	() Nefrolitíase/pedra nos rins	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Musculoesquelético	() Dor nas costas	
·	() Artrite	
	() Tendinite	
	() Mialgia/dor muscular	
	() Câimbras	
	() Artralgia/dor na articulação	
Neuropsiquiátrico	() Parestesia/ adormecimento	
	() Tremor	
	() Perda do equilíbrio	
	() Depressão	
	() Ideias suicidas	
	() Ansiedade/nervosismo	
	() Dificuldade de concentração	
	() Convulsão	
	() Acidente Vascular Cerebral	
	() Perda de memória	
	() Alucinações (realidade)	
	() Delírios (irrealidade)	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Enfermidades infecciosas	() Malária	
Linciniaaacs iniecolosas	() Doença de chagas	
	() Sífilis	
	() Gonorreia	
	() Gonoriela () Clamídia	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	
Nutrição/fluidos/eletrólitos		
nutrição/iluldos/eletrolitos	() Desidratação	
	() Edema/inchaço	
	() Outra. Qual? [campo aberto]	

() Outra. Qual? [campo aberto] OBS: As alterações percebidas pelo paciente são registradas em campo fechado com possibilidade de campo aberto para o detalhamento de observações específicas.

Categoria 4 – Informações relacionadas com suspeita de reações adversas a medicamentos

Ficha 4 - Reações adversas a medicamentos

Data de registro da informação: [preenchimento automático]					
Reação adversa: [campo aberto]		Data de início da	Data do fim da reação:		
		reação: [calendário]	[calendário]		
Nome do medicamento:	Lote:	Validade:	Fabricante:		
[campo aberto]	[campo aberto]	[campo aberto]	[campo aberto]		
Relato clínico do caso e da	s reações: [campo aber	to]			
Evolução:					
A reação causou interna	ção?				
() Sim					
() Não					
() Não sabe informar					
2. A reação prolongou a int	ernação?				
() Sim					
() Não					
() Não sabe informar					
3. A reação implicou em ris	co de morte?				
() Sim					
() Não					
() Não sabe informar		~	_		
4. A reação desapareceu (d	ou melhorou) apos a inte	errupção do medicamento	?		
() Sim					
() Não					
() Não sabe informar					
() Não se aplica		. d. d 0			
5. A reação desapareceu (c	ou meinorou) com ajuste	e de dose?			
() Sim					
() Não cobo informar					
() Não sabe informar					
. ,	() Não se aplica 6. A reação reapareceu após reintrodução do medicamento?				
() Sim	os reminodução do medi	camento?			
() Não					
() Não sabe informar					
() Não se aplica					
୍ () Não se aplica 7. Você notificou este caso a alguma instituição, farmácia notificadora ou laboratório produtor do					
medicamento?	o a algania montalção,	Tarriadia fiotificadora da	laboratorio produtor de		
() Sim. Qual? [campo abe	erto]/Quem? [campo abe	ertol			
() Não	nto, adom. joumpo abc				
() Não sabe informar					
Informações complementares: [campo aberto]					

Categoria 5 – Resultados de exames e outros parâmetros clínicos do paciente

Ficha 5.1 – Exames laboratoriais

Exame laboratorial	Data do exame	Resultado	Valor de referência
() Glicemia de jejum	[calendário]		
() Glicemia pós prandial	[calendário]		
() Hemoglobina glicada (HbA1c)	[calendário]		
() Colesterol total	[calendário]		
() Colesterol HDL	[calendário]		
() Colesterol LDL	[calendário]		
() Triacilglicerol	[calendário]		
() Alanina Aminotransferase (ALT)	[calendário]		
() Aspartato Aminotransferase (AST)	[calendário]		
() Creatinofosfoquinase (CPK)	[calendário]		
() Ureia	[calendário]		
() Creatinina	[calendário]		
() Ácido úrico	[calendário]		
() Lipase	[calendário]		
() Amilase	[calendário]		
() T4 livre	[calendário]		
() Hormônio tireoestimulante (TSH)	[calendário]		
() Velocidade de hemossedimentação (VHS)	[calendário]		
() Proteína c reativa (PCR)	[calendário]		
() Outro. Qual? [campo aberto]	[calendário]		
Exame laboratorial	Data do	Alterado?	Altorooãoo
Exame laboratorial	exame	Aiterado?	Alterações observadas
	exame		obsei vauas
() Hemograma	[calendário]	() Sim	
() Urina tipo I	[calendário]	() Sim	
() Parasitológico de fezes	[calendário]	() Sim	
() Outro. Qual?	[calendário]	() Sim	
[campo aberto]	-		

Ficha 5.2 – Parâmetros clínicos para monitoramento do paciente no dia da consulta

Data da consulta: [calendário]			
Parâmetro clínico	Horário	Resultado	Observação
() Pressão arterial sistólica	[relógio]		
() Pressão arterial diastólica	[relógio]		
() Frequência cardíaca	[relógio]		
() Glicemia capilar	[relógio]		
() Temperatura	[relógio]		
() Outro. Qual?	[relógio]		
[campo aberto]			

Categoria 6 – Panorama global do estado de saúde do paciente (Ficha 6)

Problema de saúde			Medicamento			Avaliação			Avaliação	Intervenção Farmacêutica						
Data de	Problema de saúde		Controlado		Preocupa		Desde F	Princípio Posolo	ologia	N	E	S	Classificação DNM	Data de início		
Início	Referido	Diagnosticado	Ø	N	Р	R	В	Desde	ativo	Prescrita	Utilizada	IN			Classificação RNM	Data de IIIIGO
Observa	pservações:															

B: bastante

N: necessidade

E: efetividade

S: segurança

R: regular

P: pouco

Obs.:

Legenda:

S: sim

N: não

As informações já registradas no sistema serão automaticamente preenchidas nesta ficha. Cada RNM identificado será vinculado à Ficha 7.3 para o registro da intervenção do RNM.

Categoria 7 – Intervenções e alterações da conduta terapêutica

Ficha 7.1 – Descrição do plano de atuação

N°	Objetivos (descrição)	Data planejada	Prioridade	Alcançado	Data
	[campo aberto]	[calendário]	() Alta	() Sim	[calendário]
1			() Média	() Não	
			() Baixa	() Parcialmente	
	[campo aberto]	[calendário]	() Alta	() Sim	[calendário]
2			() Média	() Não	
			() Baixa	() Parcialmente	
	[campo aberto]	[calendário]	() Alta	() Sim	[calendário]
3			() Média	()Não	
			() Baixa	() Parcialmente	

Ficha 7.2 – Descrição da intervenção farmacêutica

N° do objetivo relacionado	Descrição e planificação	Data início	Data
			resultado
[campo aberto]	[campo aberto]	[calendário]	[calendário]

Ficha 7.3 – Registro de intervenção de RNM

Ficha 7.3.1 - Identificação do RNM

RNM:	Data: [calendário]						
Classificação do RNM:	Situação do problema de saúde:						
() Problema de saúde não tratado	() Problema manifestado						
() Efeito de medicamento desnecessário	() Risco de aparecimento						
() Inefetividade não quantitativa							
() Inefetividade quantitativa	Modicão inicial:						
() Insegurança não quantitativa	Medição inicial: [campo aberto]						
() Insegurança quantitativa							
Nome do medicamento implicado: [campo aberto]							
Dose: [campo aberto]							
Via de administração: [campo aberto]							
Frequência de administração: [campo aberto]							
Tempo de tratamento: [campo aberto]							
Causa: identificação do PRM							
() Erro na administração do medicamento							
) Características pessoais							
() Conservação inadequada							
() Contraindicação	atração o tomas do tratamento inadequados						
() Dose, via de administração, frequência de adminis() Duplicidade	stração e tempo de tratamento madequados						
() Erro de dispensação							
() Erro de prescrição							
() Não cumprimento do tratamento							
() Interações							
Outros problemas de saúde que afetam o tratamento							
() Probabilidade de efeitos adversos							
() Outra. Qual? [campo aberto]							
Descrição detalhada do PRM: [campo aberto]							

Ficha 7.3.2 – Plano de atuaçã	io			
Data da atuação: [calendário]		Objetiv	vo: [campo a	aberto]
O que se pretende fazer para r () Intervir na quantidade dos medicamentos	esolver o pro	Modificar a dose Modificar a duração no tratamento Alterar a frequência de administração		
() Intervir na estratégia farma	Retirar me Substituir	ar medicamento medicamento uir medicamento		
() Intervir na educação do pa	Aumentar	uso e administração do medicamento r a adesão ao tratamento nedidas não farmacológicas		
() Não está claro		` '		<u> </u>
Descrição detalhada da interve	nção: [camp	o aberto]		
Via de comunicação: () Verbal com o paciente () Verbal paciente-médico () Escrita com o paciente () Escrita paciente-médico				
Ficha 7.3.3 – Resultado da in				Duta la contra la tata de constante de la contra la cont
O que aconteceu com a interve [campo aberto]	ençao?			Data da revisão da intervenção: [calendário]
O que aconteceu com o proble	ma de saúde	?		Data de finalização da intervenção:
[campo aberto]	ma ao badac			[calendário]
Resultado	RNM resolvido			Medição final: [campo aberto]
() Intervenção aceita	() Sim () Não		[campo asono]
() Intervenção não aceita	() Sim () Não		
Categoria 8 – Planejamento da Ficha 8.1 – Agendamento da Farmacêutico: [campo aberto]	próxima ava		om o farma	acêutico
Data agendada: [calendário]				Horário: [relógio]
Motivo do agendamento: [camp	no abortol			[
		401		
Informações complementares:	[campo abei			
Ficha 8.2 – Encaminhamento	para avalia	ção com	outros pro	ofissionais de saúde
Profissional de saúde: () Nutricionista () Psicólogo () Assistente social () Fisioterapeuta () Terapeuta ocupacional () Médico () Enfermeiro Data agendada: [calendário]				Horário: [relógio]

Também foram elaborados outros modelos de formulários para autorização da coleta de dados (Ficha 9), recibo de dispensação de medicamentos (Ficha 10) e para a comunicação com outros profissionais da equipe multidisciplinar (Ficha 11).

Para garantir que o paciente recebeu todas as informações necessárias sobre os procedimentos do acompanhamento farmacoterapêutico foi proposto um modelo de autorização de coleta de dados, que poderá ser emitido por um sistema informatizado, em duas vias (uma para o paciente e outra para o serviço), conforme apresentado na Ficha 9.

A fim de registrar a dispensação de medicamentos foi proposto um modelo de comprovante da dispensação, que também poderá ser emitido por sistema informatizado, em duas vias (uma para o paciente e outra para o serviço), conforme apresentado na Ficha 10.

Considerando a possibilidade de intervenção na farmacoterapia, conforme estabelecido no plano de atuação, foi proposto um modelo para a comunicação do farmacêutico com outros profissionais da equipe multidisciplinar, conforme apresentado na Ficha 11.

Ficha 9 - Modelo de autorização para coleta de dados

Logotipo do município		one:					
_			DO 0				
Eu,			, RG n° e				
CPF n°		, abaixo assinado,	concordo em participar do seguimento				
Farmacoterapêutico	. Declar	o que fui devidamente inforr	nado (a) e esclarecido (a) pelo profissional				
farmacêutico			, CRF n°				
sobre os procedime	sobre os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de						
minha participação.							
Local: [campo aberto	o]	Data: [calendário]	Assinatura: [campo aberto]				

Ficha 10 – Modelo de comprovante de dispensação de medicamentos

	Logotipo do município	Nome do município: Identificação do serviç Endereço: Telefone: CNPJ:	0:		
ľ	Medicamento: [camp	oo aberto]	Quantidade dispensada: [campo aberto]		
_					
Nome do paciente: [campo aberto]			CPF: [campo aberto]		
1	Nome do funcionário	responsável pela dispe	nsação: [campo aberto]	Data da dispensação: [calendário]	
	Nome do responsáv campo aberto]	el pelo recebimento:	CPF: [campo aberto]	Assinatura: [campo aberto]	

Ficha 11 - Modelo para comunicação com outros profissionais da equipe multidisciplinar

Logotipo do município

Nome do município:

Identificação do serviço:

Endereço:

Telefone:

CNPJ:

Nome do profissional: [campo aberto]

Unidade de saúde do profissional: [campo aberto]

Apresentação do paciente: [campo aberto]

{Identificar o paciente, os problemas de saúde em tratamento e os medicamentos em uso}.

Motivo do encaminhamento: [campo aberto]

{Contextualizar o motivo do encaminhamento, utilizando linguagem técnica para esta abordagem}.

No encaminhamento ao profissional prescritor além dos requisitos acima mencionados, pode-se acrescentar:

{Apresentar o RNM identificado e as respectivas manifestações clínicas (sintomas, sinais e outros parâmetros clínicos do paciente)}.

Recomendações: [campo aberto]

{Fundamentar a avaliação farmacêutica em literatura, sugerir as recomendações necessárias relacionadas aos exames e parâmetros clínicos do paciente, educação em saúde ou terapia medicamentosa e, se conveniente, a alternativa mais adequada à situação clínica do paciente}.

No encaminhamento ao profissional prescritor, além dos requisitos acima mencionados, pode-se acrescentar:

{Apresentar a relação entre o problema de saúde e os medicamentos utilizados, comentando as possíveis causas (PRM) implicadas no aparecimento de cada RNM. Poderá ainda fundamentar a alternativa farmacológica mais adequada à situação do paciente. Nos casos de interações medicamentosas, enfatizar o manejo clínico}.

Despedida: [texto padrão]

{Agradecemos a atenção e solicitamos a sua avaliação para dar continuidade ao acompanhamento farmacoterapêutico. Sem mais, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos necessários. Cordialmente}.

Data: [calendário]

5.3 Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em municípios

A proposta de inclusão de pacientes em um programa municipal de acompanhamento farmacoterapêutico foi sintetizada em dois fluxogramas: o primeiro referente ao atendimento de demandas administrativas (Figura 2), e o segundo, referente ao atendimento de determinações judiciais (Figura 3) para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde.

5.3.1 Etapas do acompanhamento farmacoterapêutico

Refere-se ao procedimento operativo que permite realizar o acompanhamento do paciente, de forma contínua, sistematizada e documentada, a partir da programação da primeira entrevista farmacêutica, de acordo com as etapas descritas na Figura 4.

5.3.2 Requisitos mínimos para a implantação de serviços municipais de acompanhamento farmacoterapêutico

Foram definidos alguns requisitos mínimos para a implantação de um serviço municipal de acompanhamento farmacoterapêutico, considerando a estrutura física necessária e a disponibilidade de recursos materiais e humanos. Convém ressaltar que esta proposta pode ser modificada de acordo com o porte, estrutura e organização do sistema de saúde de cada município.

5.3.2.1 Ambiente destinado aos serviços de acompanhamento farmacoterapêutico

Para organizar o ambiente destinado à prática do acompanhamento farmacoterapêutico recomenda-se realizar as atividades em espaço específico para este fim, caracterizado por ambiente diverso daquele destinado à dispensação e à circulação de pessoas, adaptado para a realização dos serviços farmacêuticos. O atendimento deve ser individualizado e garantir a privacidade e o conforto dos pacientes e acompanhantes, possuindo dimensões, mobiliário e infraestrutura compatíveis com as atividades e serviços oferecidos.

Recebimento da solicitação na SMS Encaminhar para Assistência Farmacêutica O fornecimento do medicamento está previsto no SUS? Não Sim Está disponível Analisar a solicitação em protocolo de medicamento municipal? Sim Não A prescrição é justificada tecnicamente? É possível obter o Vincular o medicamento paciente ao AFT em outros Não Sim níveis? Programar a primeira Indeferir o Deferir o pedido . entrevista pedido Não Sim farmacêutica Encaminhar Adquirir o Adquirir o solicitação para Comunicar medicamento medicamento atendimento no Dispensar o âmbito estadual solicitante medicamento ou federal Viabilizar o recebimento do medicamento

Figura 2 – Atendimento de pedidos administrativos por uma Secretaria Municipal de Saúde.

SMS: Secretaria Municipal de Saúde; AFT: Acompanhamento Farmacoterapêutico; SUS: Sistema Único de Saúde. Fonte: Elaboração própria.

Recebimento da citação ou intimação judicial na SMS Autuar o processo Encaminhar para Assistência **Farmacêutica** O fornecimento do medicamento está previsto no SUS? Sim Não Incluir na Adquirir o programação para medicamento aquisições posteriores Agendar a dispensação e oferecer o AFT ao paciente 0 paciente aceita o AFT? Não Sim Informar sobre a Incluir o possibilidade de paciente no AFT inclusão no AFT a qualquer tempo Dispensar o medicamento Dispensar o medicamento Programar a primeira Tentativas entrevista posteriores farmacêutica de inclusão no AFT

Figura 3 – Atendimento de demandas judiciais por uma Secretaria Municipal de Saúde.

SMS: Secretaria Municipal de Saúde; AFT: Acompanhamento Farmacoterapêutico; SUS: Sistema Único de Saúde Fonte: Elaboração própria.

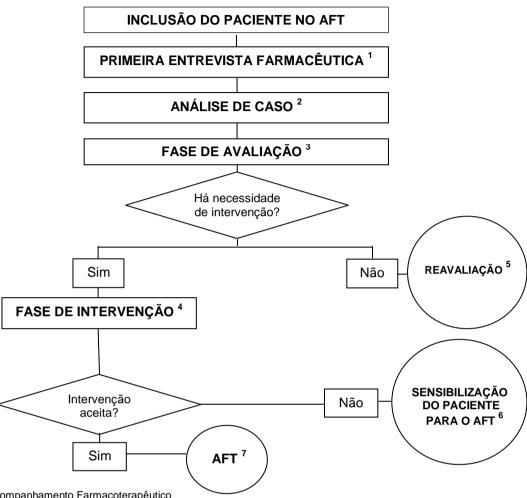


Figura 4 – Proposta para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes.

AFT: Acompanhamento Farmacoterapêutico

Fonte: adaptado de SABÁTER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010. Elaboração própria.

Orientações para as etapas do acompanhamento farmacoterapêutico:

1 Primeira entrevista farmacêutica:

- Obter informações do paciente sobre os problemas de saúde, medicamentos, percepção sobre a farmacoterapia, incluindo adesão, efetividade e segurança, avaliação clínica, exames e outros parâmetros.
- Realizar serviços farmacêuticos, se necessário.
- Esclarecer as dúvidas que o paciente apresentar.

2 Análise de caso:

- Organizar o panorama global do estado de saúde do paciente.
- Levantar informações sobre os problemas de saúde e uso dos medicamentos, possíveis problemas que possam interferir nos objetivos terapêuticos, sob os aspectos de necessidade, efetividade e segurança.
- Fazer a análise crítica das informações, com base em evidências.

3 Fase de avaliação:

Identificar resultados negativos associados aos medicamentos, outras necessidades do paciente e fatores de risco da farmacoterapia.

4 Fase de intervenção:

Elaborar um plano de atuação com a participação da equipe multidisciplinar e discutir sua adoção com o paciente.

5 Reavaliação:

Reavaliar a necessidade de intervenção no momento de cada dispensação.

6 Sensibilização do paciente para o acompanhamento farmacoterapêutico:

- Programar próximos encontros com o objetivo de continuar o acompanhamento do paciente e a avaliação do tratamento, elaborando novo plano de atuação, se necessário.
- Sensibilizar o paciente quanto aos benefícios terapêuticos, caso ele aceite as intervenções propostas.

7 Acompanhamento farmacoterapêutico:

- Obter informações complementares.
- Efetuar educação para a saúde.
- Alterar o plano de atuação com a equipe multidisciplinar, se necessário.
- Iniciar e/ou monitorar as intervenções, incluindo a prescrição farmacêutica, se necessário.
- Prosseguir com o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente.

5.3.2.2 Recursos materiais

O Quadro 2 apresenta relação dos materiais necessários para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes.

Quadro 2 – Descrição dos materiais necessários para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico.

	Descrição do item	Quantidade
✓	Computador completo com acesso a internet	1
✓	Impressora multifuncional com scanner e copiadora	1
✓	Arquivo para armazenamento da documentação dos pacientes e livros	1
✓	Mesa para computador	1
✓	Cadeira digitador com base giratória	1
✓	Mesa redonda para atendimento	1
✓	Cadeiras com base fixa para o profissional, paciente e acompanhante	3
✓	Estetoscópio e esfigmomanômetro aneroide validado	1
✓	Glicosímetro, lancetas, tiras reagentes e lancetador	1
✓	Balança antropométrica	1
✓	Fita antropométrica validada	1
✓	Lixeira com pedal e tampa (lixo comum e contaminado)	2
✓	Saco branco leitoso para descarte de resíduo contaminado	*
✓	Recipiente rígido para descarte de material perfurocortante	*
✓	Material bibliográfico sobre: farmacoterapia baseada em evidências; exames laboratoriais; semiologia médica; guia de interações medicamentosas e diretrizes clínicas nacionais e internacionais	1
✓	Material de escritório em geral	*
✓	Toalha de uso individual e descartável, sabonete líquido e gel bactericida	*

^{*} Material de consumo

Fonte: adaptado de CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013. Elaboração própria.

5.3.2.3 Recursos humanos

Para a implantação de um serviço municipal de acompanhamento farmacoterapêutico recomenda-se a composição da equipe com, no mínimo, um farmacêutico, um médico e um oficial administrativo. De acordo com a disponibilidade, a critério do município, outros profissionais colaboradores podem ser incluídos nesta equipe, tais como nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros.

O Quadro 3 apresenta as principais atribuições de cada profissional envolvido no programa de acompanhamento farmacoterapêutico.

Quadro 3 – Principais atribuições dos profissionais envolvidos no Programa de Acompanhamento Farmacoterapêutico.

Profissionais	Atribuições
Farmacêutico	✓ Avaliar as solicitações de medicamentos
	✓ Solicitar, ao setor responsável, a aquisição dos medicamentos
	necessários
	✓ Realizar a dispensação de medicamentos
	✓ Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico
	 ✓ Emitir orientações sobre a farmacoterapia e o estado de saúde dos pacientes
	✓ Comunicar-se com os profissionais prescritores sempre que
	necessário
	✓ Encaminhar os pacientes para outros profissionais da equipe de
	saúde, sempre que necessário
Médico	✓ Prescrever e avaliar a evolução clínica do paciente
	 ✓ Contribuir na avaliação das solicitações de medicamentos
	✓ Manejar a farmacoterapia sempre que necessário
Oficial Administrativo	✓ Emitir orientações quanto ao fluxo dos atendimentos
	✓ Cadastrar e incluir os pacientes no sistema de acompanhamento
	✓ Solicitar autorização do paciente para coleta de dados
	✓ Agendar a primeira entrevista farmacêutica e as próximas
	avaliações
Outros profissionais	✓ Atuar em conjunto com a equipe multidisciplinar de saúde para
	monitoramento das condições de saúde dos pacientes

Fonte: Elaboração própria.

6 DISCUSSÃO

6.1 Limites e possibilidades para a implantação de serviços municipais de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes

A importância de acompanhar o tratamento dos pacientes que recebem medicamentos por determinação judicial ou pela via administrativa parece consensual entre pesquisadores, gestores e profissionais da saúde, embora não se tenha registro da implantação de serviços desta natureza no âmbito do SUS.

Nesse contexto, a possibilidade de realizar o acompanhamento farmacoterapêutico destes pacientes depende, essencialmente, da sensibilidade dos gestores municipais e da disposição para criar este novo serviço. O desenvolvimento do Sistema Jud Sys (PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014) e a perspectiva de incluir neste sistema um módulo informatizado para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes consistem em estímulos adicionais para a implantação do serviço em municípios.

O texto reproduzido no Quadro 1 procurou ser fiel às propostas da I e da II Oficina "Judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes". A análise crítica pelos pesquisadores associados resultou no acolhimento de parte delas no escopo desta proposta de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes.

Com relação à sensibilidade dos gestores, foram apontadas algumas estratégias, tais como, criar um núcleo de integração intermunicipal (regional). A concepção deste núcleo previu que o mesmo poderá fornecer apoio técnico aos municípios e refletir sobre os problemas relacionados com o acompanhamento dos pacientes nos município, de forma semelhante à experiência dos Comitês de Uso Racional de Medicamentos (CURAME) no projeto piloto para implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na atenção básica (Qualifar-SUS), em Curitiba, visando identificar e resolver os problemas encaminhados pelos profissionais e gestores de saúde.

Para o convencimento dos gestores sobre a importância e a viabilidade da implantação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, pode-se utilizar não apenas o argumento de casos registrados de intoxicação, mas

ampliar estas justificativas destacando, por exemplo, a redução dos gastos com internações decorrentes de PRM.

Além disso, podem ser utilizados outros argumentos, além do financeiro para sensibilização do gestor, como por exemplo, o embasamento na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, na organização dos serviços prestados, na qualificação dos profissionais e na melhoria dos serviços ofertados a população, entre outros.

Também foi sugerida a realização de um estudo piloto em algum município, executado por instituição de ensino, para capacitação e disponibilização de profissional farmacêutico clínico para atuação no serviço. A princípio esta sugestão não foi acatada pelos pesquisadores, que propõem, idealmente, apenas a capacitação dos profissionais de saúde dos municípios, que por sua vez serão responsáveis pela execução do serviço, a partir da revisão das suas atribuições, de modo a destinar parte da sua carga horária de trabalho à execução do acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes.

Acredita-se que a percepção da necessidade de um serviço desta natureza será proporcional ao impacto da judicialização da saúde em cada município.

Sabe-se que as demandas judiciais na saúde envolvem, muitas vezes, medicamentos sem registro no país; ou recém-introduzidos no mercado; ou ainda não incorporados aos protocolos de tratamento no SUS. As restrições ou desatualização dos protocolos clínicos, bem como entraves burocráticos dificultam o acesso aos medicamentos e desta forma, têm resultado em demandas judiciais como via alternativa neste processo (MACEDO, 2010).

Vargas-Peláez e colaboradores (2014) mencionam alguns estudos sobre os impactos causados pelo atendimento destas demandas nos sistemas de saúde. Inclusive, novos medicamentos têm sido frequentemente lançados no mercado sem agregar benefícios terapêuticos aos pacientes (CAMPOS NETO et al., 2012).

Travassos e colaboradores (2013) enfatizaram que as decisões judiciais mesmo quando favoráveis aos cidadãos, nem sempre resultam em benefícios para o próprio indivíduo. Além do que, a utilização de um medicamento, sem o acompanhamento do seu uso, pode acarretar malefícios à saúde (FIGUEIREDO, 2010).

Neste sentido, a escassez de informações isentas de conflitos de interesse, a ausência de benefício comprovado e os riscos associados com a utilização

desses novos medicamentos poderão ser melhor avaliados com o acompanhamento dos pacientes que os utilizam.

Sant'ana e colaboradores (2011b) sugeriram que o juiz, além de determinar o fornecimento do medicamento, poderia recomendar igualmente o acompanhamento dos pacientes, e desta forma, contribuir para a garantia do efetivo acesso à saúde e à justiça. Com isso, no futuro, informações obtidas no serviço passariam a subsidiar a elaboração de pareceres técnicos e até mesmo a publicação de trabalhos científicos sobre os benefícios e riscos do uso destes medicamentos, contribuindo para promover o uso racional de medicamentos.

Nesse sentido, depois de implantado o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico no município, recomenda-se apresentar o serviço ao Poder Judiciário, para que os juízes o conheçam e reconheçam a sua importância, passando a determinar, na sentença, não apenas o fornecimento do medicamento, mas também o acompanhamento do seu uso.

A princípio, poderão ser definidos grupos prioritários de pacientes para inclusão no acompanhamento farmacoterapêutico. Estas prioridades poderão ser definidas com base em parâmetros como: volume de demandas judiciais associadas com determinadas doenças ou com medicamentos específicos; tempo de utilização do medicamento; complexidade do tratamento; número de medicamentos utilizados; dados epidemiológicos; características do sistema municipal de saúde; impacto econômico; racionalidade das prescrições; uso *off label*⁵; potenciais reações adversas; entre outros.

Convém mencionar que o acompanhamento farmacoterapêutico poderá ainda beneficiar outros pacientes do SUS, possibilitando ao município ampliar a oferta do serviço para outros pacientes e programas, otimizando a utilização da estrutura.

Ao mesmo tempo em que os benefícios esperados com um serviço desta natureza são bastante evidentes, podem ser previstas potenciais barreiras à implantação. Segundo a percepção dos participantes das oficinas de judicialização

O termo off label refere-se ao uso diferente daquele mencionado em bula ou aprovado pela Anvisa. Engloba variadas situações em que o medicamento é usado em não conformidade com as orientações da bula, incluindo a administração de formulações extemporâneas ou de doses elaboradas a partir de especialidades farmacêuticas registradas; indicações e posologias não usuais; administração do medicamento por via diferente da preconizada; administração em faixas etárias para as quais o medicamento não foi testado; e indicação terapêutica diferente da aprovada para o medicamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

promovidas no escopo deste trabalho foram apontados problemas decorrentes do desinteresse e da falta de conhecimento (pelos gestores e profissionais de saúde) sobre os benefícios da implantação do serviço; dificuldades econômicas, tais como, o custo de implantação da estrutura física, a remuneração dos profissionais envolvidos no acompanhamento de pacientes e os custos da manutenção do serviço; e até mesmo a aceitação do paciente em ser vinculado ao serviço.

Foi apontado pelos participantes que o gasto com recursos humanos representa o maior custo para a implantação do serviço, sendo difícil estimá-lo, uma vez que a remuneração dos profissionais varia amplamente nos diferentes municípios. Blumenschein e Johannesson (1999) já haviam apontado essa dificuldade.

Com relação aos pacientes, convém mencionar que no caso da via administrativa há possibilidade de vincular o fornecimento do medicamento à participação no programa de acompanhamento farmacoterapêutico. No entanto, quando o medicamento estiver sendo fornecido por determinação judicial, a dispensação do medicamento não poderá estar condicionada à participação no programa e dependerá, essencialmente, da sensibilização e da anuência do paciente.

O acompanhamento farmacoterapêutico pode ser visto como algo oneroso aos gestores municipais passando a falsa ideia que o serviço não é capaz de diminuir futuras complicações no tratamento e consequentemente minimizar gastos.

No entanto, a organização da assistência prestada aos pacientes pode sim gerar economia; exemplo disso foi a implantação da Rede Hiperdia Minas, no município de Lagoa da Prata, em Minas Gerais; esse programa, destinado ao acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, gerou economia direta com internações de aproximadamente R\$ 199.243,20, no período de abril de 2010 a junho de 2011 (ALVES JUNIOR, 2011).

Segundo Correr e colaboradores (2009), o acompanhamento farmacoterapêutico no controle de pacientes diabéticos tipo 2 poderia ser implantado com investimento anual médio de R\$ 456,05 por paciente e contribuiria para a melhoria de resultados terapêuticos, por meio da otimização da terapêutica dos pacientes. Atualizado pelo Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação

Getúlio Vargas (IGP-M/ FGV), esse custo corresponderia a R\$ 649,58, em abril de 2015⁶.

A necessidade de oferecer esse tipo de serviço não deve ser subestimada e os profissionais envolvidos serão confrontados com uma série de desafios: falta de tempo; elevada carga de trabalho; falta de funcionários; dificuldades de comunicação com outros membros da equipe multiprofissional; falta de consciência da disponibilidade do serviço pelo paciente; falta de percepção da necessidade e importância da participação; apreensão pelo receio de ter que pagar pelo serviço; e medo de que as recomendações contrariem aquelas passadas pelo médico (OLADAPO; BARNER; RASCATI, 2012; OLADAPO; RASCATI, 2012).

A inovação, por sua vez, é essencial para qualquer gestor municipal. Como não existem manuais que expliquem como inovar, torna-se necessário conhecer e compartilhar experiências com o intuito de desenvolver competências e administrar o processo de mudança da melhor forma possível, visando conter custos, tempo, minimizar os riscos e maximizar o impacto para melhorar a atenção à saúde (ALVES JUNIOR, 2011).

A partir do momento que os pacientes acreditem nos resultados benéficos do acompanhamento farmacoterapêutico, devido ao maior conhecimento dos medicamentos utilizados e prevenção das complicações decorrentes do uso, muitas vezes desnecessário, de certos fármacos, ocorrerá maior adesão ao serviço.

6.2 Instrumentos para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes

Os instrumentos propostos foram discutidos em cada categoria, destacando alguns campos de preenchimento das fichas e outros aspectos relevantes para as entrevistas farmacêuticas.

✓ Categoria 1 – Informações sobre o paciente e o cuidador

As informações incluídas na Ficha 1.1 (Informações sociodemográficas do paciente) permitem a identificação do paciente e de suas condições sociais a fim

⁶ Valor atualizado pelo IGP-M (FGV), entre janeiro de 2010 e abril de 2015 (correspondente a 42,43581%).

de criar um cadastro contendo dados relevantes para o acompanhamento. Os dados constantes na Ficha 1.2 (Informações sobre o cuidador do paciente) possibilitam a obtenção do conhecimento sobre o cuidador do paciente, se necessário. A Ficha 1.3 (Informações antropométricas e hábitos do paciente) registra dados antropométricos e hábitos importantes para avaliar o estilo de vida do paciente para interpretação frente a algumas condutas necessárias para determinados tratamentos e problemas de saúde.

Foram identificados alguns campos descritos na Ficha 1.3 que exigem maior detalhamento e orientação para preenchimento. O campo "histórico de reações adversas", por exemplo, permite aprofundar o registro em caso afirmativo (preencher a Ficha 4 para cada evento relatado). Este campo permite registrar se o paciente sofreu reações adversas com medicamentos usados previamente, uma vez que as reações adversas com os medicamentos em uso (prescritos ou não) serão registradas no momento do preenchimento da Ficha 3.

O campo "hábitos alimentares do paciente" não almeja detalhar o consumo diário de alimentos, nem fazer qualquer diagnóstico nutricional; foi proposto com a intenção de identificar eventual interferência de alimentos ou de dietas sobre a evolução clínica da doença ou do tratamento. Para obter do paciente as repostas para estas questões o farmacêutico deverá receber treinamento, para que o mesmo converse com o paciente utilizando linguagem compreensível e, se necessário, exemplificando com alimentos do dia a dia, sem registrar o consumo diário de cada alimento.

O campo "prática regular de exercícios físicos" considera a seguinte classificação: todos os indivíduos que praticam pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade leve ou moderada, em cinco ou mais dias da semana, ou pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa, em três ou mais dias da semana. Atividade com duração inferior a 10 minutos não será considerada para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo indivíduo com exercícios físicos. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa (BRASIL, 2010).

Neste sentido, os dados desta categoria requerem do entrevistador habilidades de comunicação para obtenção de informações, principalmente com relação aos hábitos e cuidados com paciente.

Os documentos de referência utilizados para elaboração destas fichas possibilitaram a padronização dos parâmetros destacados para obter informações pessoais mais convenientes dos pacientes entrevistados (BRASIL, 2010; PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Portanto, esta categoria constitui a base das informações que devem ser coletadas dos pacientes para avaliação das condições sociais e demográficas, que podem ou não interferir no uso dos medicamentos e na evolução dos problemas de saúde.

✓ Categoria 2 – Informações sobre problemas de saúde do paciente

A Ficha 2.1 (Informações sobre a doença principal e comorbidades) permite o registro sobre as enfermidades diagnosticadas. Para o preenchimento dos campos doença e CID, o sistema informatizado poderá utilizar lista previamente carregada, relacionar com o ano do diagnóstico e associar o tipo de doença (principal, associada e indeterminada), segundo os critérios adotados no Sistema Jud Sys. Há previsão de inserir recurso para o *up load* do laudo médico digitalizado. A Ficha 2.2 (Informações sobre queixas e sintomas) permite o registro de queixas e sintomas, período de aparecimento, preocupação e ainda associação com alguma suspeita de RAM (Reação Adversa a Medicamentos), que neste caso possibilita ao entrevistador abrir outro formulário (Ficha 4) para registro de suspeita de reações adversas a medicamentos.

Essa categoria reúne informações relacionadas com a investigação de possíveis problemas de saúde, queixas e sintomas que o paciente possa apresentar, visando avaliar a sua correlação com a doença ou com o tratamento. Foram obtidas de outros modelos de acompanhamento farmacoterapêutico e também de dados já disponíveis no Sistema Jud Sys. (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014).

✓ Categoria 3 – Informações referentes aos tratamentos em curso

As informações da Ficha 3.1 (Tratamentos não prescritos) permitem conhecer a farmacoterapia utilizada, seja o medicamento alopático, homeopático, fitoterápico ou planta medicinal. Possibilita avaliar a percepção do paciente quanto ao motivo do uso, considerando a possibilidade de automedicação; a evolução dos sintomas; efeito; dificuldade de administração; precaução de uso; segurança; e outras informações complementares.

A Ficha 3.2 (Tratamentos prescritos) relaciona os medicamentos prescritos, a origem da prescrição, reúne dados sobre os prescritores, a adesão aos tratamentos prescritos e até mesmo, sobre os tratamentos anteriores para a mesma doença.

A Ficha 3.3 (Revisão por sistemas) tem a finalidade de extrair e registrar, por meio de uma revisão por sistemas, alguma informação que não tenha sido relatada pelo paciente, através da revisão minuciosa de todos os sistemas e alterações percebidas pelo paciente, possibilitando conhecer algum problema de saúde ou até mesmo relacioná-lo com algum medicamento que tenha sido esquecido.

Estas fichas foram adaptadas de informações previstas em outros modelos de acompanhamento farmacoterapêutico, buscando subsídios que possam ser utilizados como parâmetro de efetividade (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998) e também avaliação da adesão ao tratamento pelo método de Morisky (MORISKY et al., 1986).

✓ Categoria 4 – Informações relacionadas com suspeita de reações adversas a medicamentos

Esta categoria inclui apenas a Ficha 4 (Informações relacionadas com suspeita de reações adversas a medicamentos). Deve ser utilizada pelo profissional para registrar os dados selecionados, principalmente quando for identificada alguma suspeita de RAM, durante o preenchimento das fichas 1.3, 3.1 e 3.2.

As informações dessa ficha foram adaptadas do formulário de registro de reações adversas do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 2013) e definidas por consenso entre os pesquisadores. A metodologia Dáder planeja a intervenção do RNM a partir da

detecção e do registro de RAM por insegurança (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).

Destaca-se que o indicador desta categoria não tem a pretensão de estabelecer a causalidade entre a reação e o medicamento, mas sim registrar informações relacionadas com suspeita de reações adversas a medicamentos.

✓ Categoria 5 – Resultados de exames e outros parâmetros clínicos do paciente

Os exames descritos na Ficha 5.1 (Exames laboratoriais) abrangem aqueles mais comuns, havendo a possibilidade de registrar o resultado de outros exames. A Ficha 5.2 (Parâmetros clínicos para monitoramento do paciente no dia da consulta) tem o objetivo de registrar parâmetros clínicos do paciente no dia da consulta, quando conveniente. Para isto, o farmacêutico deverá realizar os serviços farmacêuticos que julgar necessários para a ocasião, tais como verificação de pressão arterial, frequência cardíaca, determinação de glicemia capilar, temperatura, entre outros.

Os documentos de referência utilizados para elaboração destas fichas (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010) contribuíram para definir, por consenso entre os pesquisadores, os exames frequentemente solicitados na prática clínica.

✓ Categoria 6 – Panorama global do estado de saúde do paciente

A Ficha 6 (Panorama global do estado de saúde do paciente) permite o registro das informações obtidas sobre os problemas de saúde e sobre os medicamentos utilizados pelo paciente. No sistema informatizado, as informações registradas nas fichas anteriores (referentes aos problemas de saúde e aos medicamentos) deverão ser automaticamente preenchidas nesta ficha, para que seja feita a avaliação da terapia, segundo os critérios de necessidade, efetividade e segurança.

As informações dessa ficha estão fundamentadas no Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010) e têm como objetivo sistematizar os dados coletados, com vistas à avaliação minuciosa da terapia, como subsídio para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico.

✓ Categoria 7 – Intervenções e alterações da conduta terapêutica

Esta categoria também inclui cinco fichas: Ficha 7.1 (Descrição do Plano de atuação); Ficha 7.2 (Descrição da intervenção farmacêutica); e Ficha 7.3 (Registro de intervenção de RNM). Essa última ficha ainda abrange três subdivisões: Ficha 7.3.1 (Identificação de RNM); Ficha 7.3.2 (Plano de Atuação); Ficha 7.3.3 (Resultado da intervenção).

Estas informações foram incluídas para detalhar os objetivos terapêuticos necessários para estabelecer um plano de atuação que será definido em conjunto com a equipe multidisciplinar e discutido com o paciente, para intervir nos problemas relacionados com o uso de medicamentos, com a finalidade de melhorar a saúde do paciente.

Para estabelecer o plano de atuação o profissional deve definir os objetivos terapêuticos e priorizá-los, considerando suas relevâncias clínicas, para determinar e planejar as intervenções.

As intervenções devem ser organizadas nas seguintes categorias: intervir na quantidade dos medicamentos; intervir na estratégia farmacológica; e intervir na educação do paciente. Estas intervenções determinarão as decisões a serem tomadas pelo profissional, que serão planejadas gradualmente, culminando na avaliação e nos resultados do acompanhamento.

As informações desta categoria também estão fundamentadas no Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).

Essa categoria possibilita identificar o RNM constatado para resolvê-lo e até mesmo para prevenir outros RNM e definir o plano de atuação para cada paciente, com vistas ao acompanhamento e monitoramento das intervenções pactuadas. Nessa etapa também se pretende auxiliar o paciente com orientações que possam melhorar seus problemas de saúde e a farmacoterapia.

✓ Categoria 8 – Planejamento das consultas

A Ficha 8.1 (Agendamento da próxima avaliação com o farmacêutico) e a Ficha 8.2 (Encaminhamento para próxima avaliação com outros profissionais de saúde) permitem o agendamento das próximas consultas para realização de encontros posteriores conforme a necessidade de cada paciente.

6.3 Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes em municípios

Os fluxogramas referentes ao atendimento de pedidos administrativos e determinações judiciais por uma Secretaria Municipal de Saúde sintetizam a proposta de inclusão de pacientes em um programa municipal de acompanhamento farmacoterapêutico.

A apresentação na forma de fluxograma pretende facilitar a compreensão da proposta, seja a partir do recebimento de uma solicitação administrativa de um medicamento (mediante apresentação da prescrição) ou de uma determinação judicial recebida pela SMS obrigando o fornecimento de um medicamento.

Embora a maioria dos municípios não acolha a solicitação de medicamentos pela via administrativa, sabe-se que, muitas vezes, isto resulta em demanda judicial subsequente. Segundo Barberato-Filho e colaboradores (2013), 89% dos processos judiciais movidos contra a Prefeitura Municipal de Sorocaba em 2009, foram precedidos de pedido administrativo nos anos de 2008 e 2009.

Por esse motivo, Barberato-Filho e Pereira (2013) defenderam no Manual de Gestão Municipal de Demandas Judiciais na Saúde, que os municípios deveriam formalizar a via administrativa e garantir análise técnica de cada demanda, com o objetivo de reduzir a demanda judicial de medicamentos e promover o uso racional de medicamentos. Na prática, o que tem se observado, é que a maioria dos municípios não dispõe de equipe qualificada para análise dos pleitos e, por este motivo, as solicitações pela via administrativa são indeferidas sem análise do mérito.

Segundo o fluxograma de atendimento de pedidos administrativos (Figura 2), a solicitação de medicamentos cujo fornecimento está previsto no SUS deve ser atendida e o paciente deve ser vinculado ao programa de acompanhamento farmacoterapêutico. Solicitação de medicamentos cujo fornecimento não está previsto no SUS deve ser avaliada tecnicamente, como preconizado por Macedo e colaboradores (2011) e, se houver evidência de benefício e o pleito for considerado justificado, deve-se viabilizar o fornecimento do medicamento e a vinculação do paciente ao programa de acompanhamento farmacoterapêutico.

Caso o medicamento esteja disponível no SUS, deve-se verificar a disponibilidade no âmbito municipal ou encaminhar a solicitação para atendimento no âmbito estadual ou federal, considerando o programa ao qual esteja vinculado.

No caso das demandas judiciais, a análise técnica pode até subsidiar a defesa do município; no entanto, uma vez determinado pelo judiciário o fornecimento do medicamento, a ordem judicial deverá ser cumprida pela Secretaria Municipal de Saúde. Nesse caso, conforme mencionado anteriormente, a inclusão do paciente no programa de acompanhamento farmacoterapêutico depende da sensibilização e anuência do mesmo. Importante mencionar que, mesmo diante do desinteresse inicial do paciente, a participação no programa poderá ter início a qualquer tempo, desde que o paciente manifeste interesse. Aventou-se ainda a possibilidade de sensibilizar os juízes para condicionarem o fornecimento do medicamento pelo município à participação do paciente no programa de acompanhamento farmacoterapêutico.

O acompanhamento farmacoterapêutico propriamente dito começa com a programação da primeira entrevista farmacêutica, como pode ser visto na Figura 4. A sua aplicação baseia-se em obter informação sobre os problemas de saúde e os medicamentos utilizados pelo paciente visando elaborar а história farmacoterapêutica. Consequentemente, permite-se visualizar um panorama global do estado de saúde do paciente, a partir do qual se espera avaliar os efeitos dos medicamentos utilizados e estabelecer um plano de atuação, no qual ficarão registradas todas as intervenções que se considerem necessárias para melhorar ou preservar o seu estado de saúde.

6.3.1 Etapas do acompanhamento farmacoterapêutico

6.3.1.1 Programação da primeira entrevista

Após a dispensação do medicamento e inclusão do paciente da via judicial ao programa de acompanhamento farmacoterapêutico deve-se agendar a primeira entrevista farmacêutica. No caso do paciente da via administrativa, a vinculação ao programa e a dispensação do medicamento é realizada na ocasião da primeira entrevista farmacêutica.

Nesta etapa o paciente deve receber todas as instruções sobre o acompanhamento, principalmente, esclarecimentos sobre os objetivos a serem alcançados, visando a obtenção e a manutenção de resultados terapêuticos e a continuidade do cuidado. Devem ser esclarecidas todas as etapas, a fim de que o paciente possa formalizar a autorização para coleta de dados e a sua participação

no programa. No momento da inclusão devem ser coletadas as informações para identificação do paciente (sociodemográficas, antropométricas e hábitos) e do cuidador, quando pertinente. Se não for possível obter todas as informações do paciente, isto poderá ser complementado na próxima etapa.

Os procedimentos devem ser realizados com base nas orientações descritas no Quadro 4.

Quadro 4 – Recomendações para a programação da primeira entrevista.

- ✓ Explicar os objetivos e as etapas do acompanhamento farmacoterapêutico
- ✓ Solicitar ao paciente que assine a autorização para coleta de dados (Ficha 9)
- ✓ Coletar informações sobre o paciente (Fichas 1.1 e 1.2)
- ✓ Coletar informações sobre o cuidador, quando pertinente (Ficha 1.3)
- ✓ Registrar informações sobre suspeita de RAM (Ficha 4), quando pertinente
- ✓ Orientar o paciente para trazer os medicamentos em uso e a documentação clínica disponível (resultados de exames e laudos)
- ✓ Quando o processo estiver informatização, incluir o paciente no módulo de acompanhamento farmacoterapêutico do Sistema Jud Sys
- ✓ Agendar a data da primeira entrevista com o farmacêutico (Ficha 8.1)

Fonte: Elaboração própria.

6.3.1.2 Primeira entrevista farmacêutica

A primeira entrevista farmacêutica constitui a base fundamental para a proposta de acompanhamento farmacoterapêutico, pois visa obter a informação inicial sobre os problemas de saúde, os medicamentos utilizados e outros dados que permitem caracterizar o contexto sociofamiliar do paciente e conhecer a sua história clínica e terapêutica (CORRER, 2013a).

O progresso e o resultado desta prática dependem do processo de interação comunicativa, incluindo a linguagem verbal e não verbal, para favorecer o estabelecimento de vínculo entre o farmacêutico e o paciente. Para alcançar este objetivo, a linguagem utilizada deve se adaptar ao contexto sociocultural do paciente. Por esta razão, o farmacêutico não pode se limitar apenas a observar ou a tomar notas do que o paciente refere, devendo estabelecer um fluxo bidirecional de informações, com predominância do paciente para o farmacêutico, a partir da escuta ativa (CORRER; OTUKI, 2011; ROSSIGNOLI; GODOY; CORRER, 2013).

Na busca de melhor qualidade de vida, há necessidade de conhecer o paciente, suas ideias, entorno social e cultural. Com isso, o farmacêutico deve receber o paciente e estabelecer uma relação embasada em princípios éticos, traduzindo suas ações em termos de fidelidade e confiança. A partir desta parceria estabelecida, o paciente ficará mais à vontade para fornecer as informações da forma mais clara possível, o que permite análise mais fidedigna dos dados (CASTRO; FUCHS; FERREIRA, 2008).

Por outro lado, a primeira entrevista também poderá ser utilizada para o farmacêutico fornecer alguma informação de interesse para o paciente que, por sua vez, já poderá se beneficiar deste encontro com o profissional (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).

Além do esclarecimento de eventuais dúvidas que o paciente apresente, também é desejável que as possíveis intervenções acessíveis ao farmacêutico possam ocorrer já na primeira entrevista. Neste sentido, o farmacêutico responsável pelo acompanhamento farmacoterapêutico deve estudar previamente o caso de cada paciente agendado e procurar intervir, se necessário, de imediato, com foco no tratamento global do paciente, considerando não apenas os medicamentos demandados pela via judicial e administrativa, mas também sobre outros tratamentos em curso.

Esta fase permite conhecer as preocupações de saúde dos pacientes, formular uma lista dos problemas identificados e obter informações sobre os medicamentos e a utilização dos mesmos. Nessa oportunidade, a coleta de dados permite ainda incluir exames físicos e laboratoriais (CORRER, 2013a).

Deverão ser registradas as informações sobre os problemas de saúde do paciente (Ficha 2.1 e Ficha 2.2); tratamentos em curso (Ficha 3.1, Ficha 3.2 e Ficha 3.3) e resultados de exames e outros parâmetros clínicos do paciente (Ficha 5.1 e Ficha 5.2). Também poderá ser registrada alguma informação não obtida anteriormente sobre o paciente ou cuidador (Ficha 1.1, Ficha 1.2 e Ficha 1.3) e informações relacionadas com suspeitas de RAM (Ficha 4).

Os procedimentos deverão ser realizados com base nas recomendações descritas no Quadro 5.

Quadro 5 – Recomendações para a primeira entrevista farmacêutica.

- ✓ Apresentar-se e estabelecer o objetivo da entrevista
- ✓ Iniciar a conversa buscando conquistar a confiança do paciente
- ✓ Indagar sobre o que preocupa o paciente em relação à sua saúde, suas ideias e dúvidas
- ✓ Analisar os medicamentos trazidos pelo paciente, individualmente.
- ✓ Obter informações sobre o conhecimento do paciente a respeito da farmacoterapia, incluindo adesão, efetividade e segurança
- ✓ Verificar a integridade das embalagens e o prazo de validade
- ✓ Descartar, com anuência do paciente, os medicamentos com prazo de validade vencido
- ✓ Enfatizar as informações obtidas, como forma de descobrir mais algum problema de saúde ou medicamento que não fora relatado, ou até mesmo aprofundar aspectos que não tenham ficado claros
- ✓ Esclarecer as dúvidas que o paciente apresentar e procurar intervir, se necessário
- ✓ Realizar serviços farmacêuticos, quando houver necessidade de obtenção de parâmetros bioquímicos ou fisiológicos
- ✓ Sintetizar as informações obtidas, a fim de verificar se faltou alguma que não tenha sido relatada

Fonte: adaptado de SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010. Elaboração própria.

6.3.1.3 Estudo de caso

Esta fase consiste em organizar a história do paciente (problemas de saúde e medicamentos utilizados), orientando a avaliação do estado de saúde correspondente a uma data determinada, obtido a partir das informações coletadas anteriormente, para identificar possíveis PRM que possam interferir nos objetivos terapêuticos, sob os aspectos de necessidade, efetividade e segurança, e desta forma RNM. Para isto, deve-se utilizar a Ficha 6 para organizar as informações da primeira entrevista. Essa estratégia permite buscar a melhor evidência científica disponível, a partir de pesquisa em fontes de dados relevantes, considerando todas as informações obtidas, de forma objetiva, centradas na condição clínica do paciente (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).

Se nesta fase houver necessidade de obtenção de outras informações não coletadas anteriormente, pode-se agendar uma nova entrevista, ou até mesmo medidas de variáveis clínicas que permitam determinar se os problemas de saúde estão sendo controlados ou não, a fim de avaliar a efetividade.

As informações necessárias para a fase de estudo de caso podem ser obtidas de revisões sistemáticas, metanálises, ensaios clínicos, guias de prática

clínica (nacional e internacionais) e outras fontes de informação sobre medicamentos.

Os procedimentos dessa etapa devem ser realizados conforme as recomendações destacadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Recomendações para o estudo de caso.

- √ Visualizar o panorama global do estado de saúde do paciente, com base nas informações obtidas na primeira entrevista
- ✓ Levantar informações sobre os problemas de saúde relatados (causas, controle, critérios de encaminhamento médico, tratamento farmacológico e não farmacológico, atuação multiprofissional e educação em saúde)
- ✓ Levantar informações referentes ao processo de uso dos medicamentos (indicação, farmacocinética e ação farmacológica, objetivo terapêutico, posologia, uso correto e administração e efeitos adversos)
- ✓ Avaliar criticamente a necessidade, efetividade e segurança dos medicamentos utilizados
- ✓ Buscar a evidência científica necessária
- ✓ Desenhar um plano de atuação que permita melhorar o estado de saúde do paciente
- ✓ Promover a tomada de decisão clínica com base na evidência científica encontrada

Fonte: adaptado de SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010. Elaboração própria.

6.3.1.4 Fase de avaliação

O objetivo da fase de avaliação consiste em identificar RNM, considerando os aspectos de necessidade, efetividade e segurança (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010). Além dos resultados terapêuticos, deve-se verificar a existência de fatores de risco da farmacoterapia, por exemplo, idade, fisiologia alterada, comorbidades, contraindicações, genética, terapêutica, interações, fatores cognitivos, funcionais e sociais. Nessa proposta foi adotado o critério estabelecido por Sabater Hernández, Silva Castro e Faus Dáder (2010) para identificação de RNM.

Considera-se um medicamento necessário se o paciente apresenta ou apresentar um problema de saúde, que justifique a utilização do mesmo.

Verifica-se a efetividade de um medicamento quando o objetivo terapêutico pretendido é atingido. Entretanto, ainda se deve questionar se existe alguma relação entre o RNM detectado e a quantidade de medicamento, que não está sendo efetiva; assim, é possível determinar se a inefetividade está relacionada à

dose ou não. Entende-se que a melhoria de um problema de saúde deve-se à ação conjunta dos medicamentos utilizados. Por este motivo, a avaliação da efetividade também se faz para o conjunto de medicamentos que tratam o problema de saúde.

A avaliação da segurança, por sua vez, permite avaliar o perfil de cada medicamento distintamente. Considera-se que um medicamento é inseguro quando produz ou agrava algum dos problemas de saúde, manifestado ou não, que aparece no estado da situação. Além dos critérios mencionados, também foi incluída nesta proposta a avaliação da adesão à farmacoterapia, segundo o método de Morisky et al. (1986).

Recomenda-se avaliar a utilização de todos os medicamentos do paciente, conforme o fluxograma apresentado na Figura 5, a fim de identificar algum sinal ou dano, que o paciente esteja apresentando ou venha a apresentar, que possa ser caracterizado como alterações não desejadas no estado de saúde dos mesmos.

Após a avaliação da farmacoterapia utilizada pretende-se fundamentar as decisões que servirão de base para a próxima etapa, que consiste na elaboração do plano de atuação, ou seja, o planejamento de cuidado com o paciente e das intervenções que se fizerem necessárias.

Medicamento Efeito de Definir É Não medicamento plano de necessário? desnecessário atuação Sim Há relação entre o Inefetividade Está sendo RNM e a Não Não não efetivo? quantidade do quantitativa medicamento? Sim Sim Inefetividade quantitativa Há relação entre o Insegurança Está sendo RNM e a Não Não não seguro? quantidade do quantitativa medicamento? Definir Sim plano de Sim atuação Insegurança quantitativa Definir plano de atuação

Figura 5 – Processo de identificação de Resultados Negativos associados aos Medicamentos.

Fonte: adaptado de SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010. Elaboração própria.

6.3.1.5 Fase de intervenção

Essa etapa prevê a elaboração do plano de atuação, que consiste em um trabalho contínuo, desenhado em conjunto com a equipe multidisciplinar e discutido com o paciente, onde ficam registradas as intervenções, a fim de melhorar o estado

de saúde do paciente, através da resolução de problemas, preservação ou melhora de resultados positivos alcançados, controle de fatores de risco da farmacoterapia existente ou orientação dos cuidados necessários para a melhora dos problemas de saúde ou do processo de utilização dos medicamentos (CORRER, 2013a).

Preconiza-se o desenvolvimento de planos de cuidado com a finalidade de resolver ou prevenir cada RNM identificado, de acordo com a prioridade do mesmo (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).

Na elaboração do plano de atuação, o farmacêutico deve considerar as características dos pacientes, incluindo as interferências econômicas e sociais, suas expectativas e necessidades para satisfação do paciente, como resultados não clínicos (CORRER, 2013b).

Os procedimentos devem ser realizados conforme as recomendações descritas no Quadro 7.

Quadro 7 - Recomendações para a fase de intervenção.

√	Definir objetivos
√	Hierarquizar prioridades
√	Determinar as intervenções necessárias
√	Comunicar-se com o profissional prescritor, se necessário
√	Trabalhar diretamente com a equipe multidisciplinar de saúde, se necessário
✓	Discutir o plano de atuação com o paciente

Fonte: adaptado de SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010. Elaboração própria.

Devem ser registradas informações sobre as intervenções e alteração da conduta terapêutica (Ficha 7.1, Ficha 7.2 e Ficha 7.3).

Se houver necessidade de estabelecer comunicação com o profissional prescritor, pode ser realizado o contato pessoalmente ou por telefone, ou através de informe registrado por escrito. Nesse caso, a Ficha 11 apresenta um modelo de estrutura para elaboração de comunicação escrita com outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Para elaboração do plano de atuação, a proposta prevê a participação de outros profissionais da equipe multidisciplinar, na tentativa de discutir as informações relevantes sobre os pacientes e o tratamento, estabelecer a melhor alternativa para contribuir com resultados positivos para o paciente, capazes de refletir na sua qualidade de vida.

Outra intervenção a ser considerada consiste na possibilidade de realizar a prescrição farmacêutica, conforme estabelecido na Resolução CFF n° 586, de 29 de agosto de 2013.

6.3.1.6 Encontros posteriores

Estes encontros devem ser programados de acordo com a necessidade de cada paciente. Deve-se considerar que parte dos pacientes não terá indicação para o acompanhamento farmacoterapêutico e deverão ser reavaliados posteriormente, no momento de cada dispensação. Para aqueles pacientes com intervenção recomendada, é preciso verificar se o paciente concorda ou não em cumprir o plano de atuação estabelecido. Aqueles que, em um primeiro momento, não aceitarem o plano de atuação, devem ser sensibilizados para a importância do acompanhamento farmacoterapêutico e reavaliados a cada dispensação.

6.3.1.6.1 Reavaliação

Após a avaliação inicial, se não houver a necessidade imediata de intervenção, recomenda-se, no momento de cada dispensação posterior, reavaliar a farmacoterapia utilizada sob os aspectos já mencionados nas etapas anteriores e definir a necessidade (ou não) de intervenção.

6.3.1.6.2 Sensibilização do paciente para o acompanhamento farmacoterapêutico

Se existe a necessidade de intervenção identificada pelo profissional, mas o paciente não concordou com o plano de atuação, recomenda-se, mesmo assim, programar os próximos encontros, com o objetivo de continuar o monitoramento do paciente e a avaliação do tratamento, elaborando novo plano de atuação, quando pertinente. Outra estratégia consiste em sensibilizar o paciente quanto aos benefícios terapêuticos, para que ele aceite as intervenções propostas.

6.3.1.6.3 Acompanhamento farmacoterapêutico

Esta fase consiste em conhecer a resposta do paciente e/ou do prescritor à proposta de intervenção. Nessa etapa, deve-se monitorar o plano de atuação selecionado e verificar os resultados farmacoterapêuticos obtidos. Além de supervisionar as intervenções em curso, há possibilidade de iniciar um novo

objetivo e plano de atuação, que pode surgir de acordo com as circunstâncias, frente a necessidades específicas (SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010).

A evolução dos sinais e sintomas, resultados de exames laboratoriais, ocorrência de novos problemas, prescrição de novos medicamentos ou modificações estabelecidas pelo prescritor devem ser verificadas, continuidade do acompanhamento, com base nas metas terapêuticas e no plano de cuidado estabelecido (CORRER; OTUKI, 2011).

As orientações sobre os procedimentos recomendados para os próximos encontros do acompanhamento farmacoterapêutico estão descritos no Quadro 8.

Quadro 8 – Recomendações para encontros posteriores e acompanhamento do paciente.

- ✓ Obter informações complementares √ Efetuar a educação para a saúde e sensibilizar o paciente quanto aos benefícios do acompanhamento ✓ Reavaliar a necessidade de intervenção no momento de cada dispensação

 - ✓ Alterar o plano de atuação com a equipe multidisciplinar, se necessário
 - ✓ Discutir o plano de atuação com o paciente
 - ✓ Iniciar e/ou monitorar as intervenções, incluindo a prescrição farmacêutica, se necessário

Fonte: adaptado de SABATER HERNÁNDEZ; SILVA CASTRO; FAUS DÁDER, 2010. Elaboração própria.

Dependendo dos problemas de saúde do paciente, dos medicamentos utilizados, dos resultados de exames e dos planos de atuação acordados, as informações podem sofrer alterações e o monitoramento deve ser realizado. Assim, outro atendimento com o farmacêutico ou com outros profissionais de saúde podem ser agendados (Fichas 8.1 ou 8.2, respectivamente).

Dessa forma, o acompanhamento do paciente deve ser realizado e documentado para registrar todas as informações obtidas durante o processo.

O método de documentação manual do seguimento farmacoterapêutico torna o processo de recuperação de dados exaustivo e complicado, limitando sua aplicação no cotidiano. Neste sentido, alguns estudos têm sido realizados como objetivo de desenvolver sistemas de informação e bases de dados para facilitar o acompanhamento farmacoterapêutico.

Yokoama e colaboradores (2011) apontam a utilização de um sistema de informação para minimizar os problemas, dinamizar o processo, facilitar o acesso aos dados da terapia e melhorar a comunicação entre o médico e a equipe de saúde responsável pelo paciente.

A utilização de sistemas de informação estimula a atuação positiva dos farmacêuticos sobre os pacientes e, consequentemente, nos serviços de saúde. A informatização economiza tempo e apoia a decisão do encaminhamento dos dados dos pacientes aos prescritores, para possíveis intervenções diante dos problemas detectados (BICAS ROCHA et al., 2003).

Neste trabalho, a proposta é desenvolver um módulo informatizado para o acompanhamento farmacoterapêutico, a ser inserido no Sistema Jud Sys.

6.3.2 Requisitos mínimos para realização do acompanhamento farmacoterapêutico

Considerando a organização do ambiente destinado a realização dos serviços farmacêuticos, conforme preconizado pela legislação sanitária vigente, adotou-se neste trabalho, para estrutura física, modelo compatível com o disposto nos parágrafos 1° e 2° do artigo 15 da Resolução RDC n° 44/09, da Anvisa, que dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias:

Art. 15 - O ambiente destinado aos serviços farmacêuticos deve ser diverso daquele destinado à dispensação e à circulação de pessoas em geral, devendo o estabelecimento dispor de espaço específico para esse fim.

§1º O ambiente para prestação dos serviços que demandam atendimento individualizado deve garantir a privacidade e o conforto dos usuários, possuindo dimensões, mobiliário e infraestrutura compatíveis com as atividades e serviços a serem oferecidos.

§2º O ambiente deve ser provido de lavatório contendo água corrente e dispor de toalha de uso individual e descartável, sabonete líquido, gel bactericida e lixeira com pedal e tampa (BRASIL, 2009).

No que se refere à disponibilidade de recursos materiais, Odedina e Segal (1996) recomendaram a presença de uma mesa redonda para facilitar a proximidade entre o farmacêutico e o paciente, diminuindo, desta forma, eventuais barreiras que pudessem limitar a confiança necessária para estabelecer a comunicação, requisito imprescindível para realização do acompanhamento.

Para composição e descrição dos materiais necessários para realização do acompanhamento farmacoterapêutico foram consideradas as recomendações de

biossegurança para o manuseio e descarte de resíduos de saúde, de acordo com o preconizado na Resolução RDC nº 306/04 (BRASIL, 2004).

No que se refere ao material bibliográfico necessário, convém mencionar que, após incorporação ao Sistema Jud Sys, poderão ser carregados arquivos para consulta ou inseridos os respectivos *hiperlinks* para direcionar às bases relevantes.

Com relação aos recursos humanos, Cipolle e colaboradores (2004) e Castro e colaboradores (2006) apontaram a necessidade de qualificação dos profissionais para implantação do processo de trabalho, considerando, no mínimo os seguintes itens: avaliação do paciente, desenvolvimento de plano de cuidado e avaliação do seguimento, método de documentação e classificação de PRM utilizado e treinamento das habilidades de comunicação, por meio de simulação de sessões de entrevistas e orientação ao paciente.

Os requisitos mínimos para implantação e manutenção do serviço de acompanhamento em municípios foram propostos com base em referências sobre boas práticas farmacêuticas e sobre a legislação pertinente, mas deverão levar em consideração a experiência e a infraestrutura disponível em cada município.

No entanto, Macedo (2010) citou vários estudos que apontam dificuldades na assistência farmacêutica. A autora destacou que, nos municípios, é comum profissional não farmacêutico (auxiliares de enfermagem, funcionários administrativos, agentes de saúde e secretárias) realizar a dispensação de medicamentos. Discutiu ainda a prestação de serviços farmacêuticos por trabalhadores não qualificados. Problemas dessa natureza precisarão ser superados para o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes nos municípios.

Para implantação dessa proposta, há necessidade de um processo de capacitação para o desenvolvimento das habilidades clínicas dos profissionais envolvidos, para aplicação do método e utilização dos instrumentos necessários.

Como a escassez de técnicos capacitados nos municípios e até mesmo a sobrecarga de trabalho destes profissionais podem constituir eventuais fatores limitantes à implantação efetiva do acompanhamento de pacientes, vale ressaltar a necessidade de estabelecer uma carga horária mínima para estes profissionais, ou a proposta da adoção de um tempo protegido para esse fim na agenda da equipe, de acordo com a necessidade, porte do município, número de habitantes, número

de ações judiciais, fluxo de demandas, número de pacientes a ser acompanhados, entre outros critérios.

Considerando a necessidade da realização de treinamentos referente ao processo de trabalho, recomenda-se a qualificação de todos os profissionais envolvidos no programa de acompanhamento farmacoterapêutico, incluindo aspectos da comunicação e avaliação do paciente no desenvolvimento do processo, bem como da documentação e operação do sistema informatizado quando disponível.

Com relação à qualificação dos profissionais de nível superior da equipe envolvida, recomenda-se valorizar a experiência profissional na área clínica. Quanto ao farmacêutico é desejável que o mesmo possua conhecimento em farmacologia clínica e habilidades necessárias para o exercício da atenção farmacêutica, com ênfase em comunicação com os pacientes para o planejamento terapêutico.

Experiência recente, promovida pelo Ministério da Saúde, no escopo do Projeto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no Município de Curitiba (BRASIL, 2014b) apresenta uma proposta de capacitação profissional utilizada para a implantação de serviços farmacêuticos através de um modelo misto, com diferentes estratégias pedagógicas, que incluem estudo dirigido, aprendizagem baseada em problemas e projetos, atividades práticas em serviço com supervisão direta, atividades práticas sem supervisão e seminários integrativos para discussão de temas vinculados à clínica farmacêutica. Essa capacitação incluiu a discussão de objetivos do serviço, metas, fluxo de atividades, propostas de utilização de formulários específicos, modelo de prontuário, instrumentos de avaliação e métodos de agendamento de pacientes, sendo necessário pelo menos seis meses para ser desenvolvida.

Além disso, enfatiza a importância do processo de comunicação e de cooperação entre os profissionais para o sucesso do programa no município onde será implantado. Neste sentido, sugere a elaboração de uma agenda de reuniões para compartilhamento de dúvidas, dificuldades, sugestões, propostas de resolução de problemas, experiências vivenciadas e discussão de casos clínicos (BRASIL, 2014b).

O estabelecimento de um acordo de cooperação com a equipe responsável pelo projeto do Ministério da Saúde poderá contribuir para a elaboração de uma

proposta de capacitação para os profissionais envolvidos no programa de acompanhamento farmacoterapêutico apresentado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho cumpre seu objetivo de elaborar uma proposta para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes que recebem medicamentos por determinação judicial ou pela via administrativa em municípios, fundamental para a melhoria da qualidade de vida, uma vez que detecta, previne e resolve os problemas relacionados aos medicamentos, conduzindo a um tratamento eficaz e seguro.

Com o aumento exponencial do fenômeno denominado judicialização da saúde, muitos pacientes têm obtido acesso a medicamentos recém-introduzidos no mercado, eventualmente sequer registrados no Brasil, e muitos ainda não incorporados ao SUS.

Após a determinação judicial do fornecimento de um medicamento, os gestores do SUS limitam-se a viabilizar a sua aquisição e dispensação, enquanto os juízes intervêm apenas nos casos de descumprimento da decisão.

Há pouca informação na literatura sobre os riscos e benefícios da utilização desses medicamentos e sobre o acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários.

A elaboração desta proposta de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes que recebem medicamentos por determinação judicial ou pela via administrativa em municípios representa um avanço no monitoramento desses indivíduos, contribuindo para a farmacoterapia adequada e, consequentemente, para a promoção do uso racional de medicamentos.

A adoção do modelo de acompanhamento farmacoterapêutico poderá alterar as rotinas de atendimento, possibilitando o monitoramento do uso dos medicamentos pelos pacientes, seus hábitos, suas queixas, os tratamentos em curso, as reações adversas e os resultados alcançados.

A proposta de implementação de um serviço dessa natureza nos municípios, desafia os profissionais de saúde e os gestores do SUS a superar barreiras institucionais e oferecer um serviço tão, ou até mais importante, que o fornecimento do medicamento.

Por outro lado, se faz necessária a aproximação dos profissionais de saúde com os pacientes, de modo a incentivá-los a participar do programa, sem receio de perder o beneficio concedido pela via judicial ou administrativa.

Os fluxogramas de atendimento de demandas judiciais e administrativas em municípios representam um importante instrumento para simplificação e racionalização do trabalho, permitindo a abordagem dos métodos, processos e rotinas de acompanhamento dos pacientes.

A capacitação do farmacêutico e de outros profissionais do SUS para a execução das atividades propostas representa ainda uma oportunidade de qualificação dos serviços oferecidos e a construção de um novo modelo assistencial.

Neste contexto, esta proposta de acompanhamento farmacoterapêutico, utilizando instrumentos de monitoramento de pacientes que recebem medicamentos por determinação judicial ou pela via administrativa, poderá contribuir para a gestão das demandas judiciais no município e criar ambiente favorável para a consolidação de políticas de saúde mais eficientes, orientadas por uma cultura que conhece, reconhece, valoriza e respeita as necessidades advindas de cada indivíduo e da coletividade.

8 PERSPECTIVAS

A partir deste trabalho, pretende-se ainda aprofundar a discussão sobre a implementação da proposta de acompanhamento farmacoterapêutico em municípios, a fim de colher contribuições para o seu aprimoramento. Neste contexto, pretende-se realizar a "III Oficina sobre judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes", com profissionais de secretarias de saúde de alguns municípios da região de Sorocaba e outros convidados, a partir de uma proposta flexível construída no escopo deste estudo, que considere as características de cada município e suas respectivas demandas.

Outra perspectiva consiste em desenvolver um módulo informatizado para o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes que recebem medicamentos por determinação judicial ou pela via administrativa. A princípio pretende-se integrar este novo módulo ao Sistema Jud Sys (sistema informatizado desenvolvido por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, para o registro e monitoramento de demandas judiciais e administrativas).

As funcionalidades do software e uma proposta preliminar dos requisitos e da arquitetura do sistema poderão contar com a experiência da equipe que participou do desenvolvimento do Sistema Jud Sys, que possui maior familiaridade com a linguagem da área de informática. Tais requisitos serão definidos em conjunto com a equipe responsável pelo desenvolvimento deste módulo informatizado.

Posteriormente, será delineado um estudo piloto para avaliar a proposta de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes que recebem medicamentos pela via judicial no SUS, incluindo o módulo do sistema informatizado, a fim de obter contribuição para o seu aprimoramento, bem como avaliar o grau de satisfação dos pacientes com o acompanhamento farmacoterapêutico.

REFERÊNCIAS

ALBERTON, L. M. Atenção farmacêutica: um exemplo catarinense. **Pharmacia Brasileira**, Brasília, n. 3, p. 25-27, 2001. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/97/unisul.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2014.

ALVES JUNIOR, A. C. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas:** experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consolidando_rede_atencao.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. ASHP guidelines on a standardized method for pharmaceutical care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, n. 53, v. 8, p. 1713-16, 1996. Disponível em: https://www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/OrgGdlStndMethod.aspx. Acesso em: 01 ago. 2014.

ANDRADE, M. Ações na justiça crescem 53,8% no 1° trimestre. **Cruzeiro do Sul**, Sorocaba, 29 abr. 2013. Caderno A, p. A5. Disponível em: http://www.cruzeirodosul.inf.br/acessarmateria.jsf?id=469296. Acesso em: 23 maio 2013.

ANDRADE, T. U.; BARBOSA, J. L. C.; LAIGNIER, L. L. M.; MATA, E. F.; CASSARO, K. O. S.; LENZ, D.; SAMPAIO, K. N.; BOËCHAT, G. A. P.; ENDRIGER, D. P. Scientific production in pharmaceutical care: comparison between Brazil, USA and Spain. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 39-47, 2013.

ANGONESI, D. **Atenção farmacêutica:** fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 (Supl.), p.629-640, 2008.

ANGONESI, D.; RENNÓ, M. U. P. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3883-3891, 2011.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (Supl. 3), p. 3603-3614, 2010.

BARBERATO-FILHO, S. et al. Judicialização das políticas públicas de saúde: construção de um modelo de gestão das demandas judiciais envolvendo medicamentos. In: SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DOS PROJETOS APROVADOS NO EDITAL PPSUS-SP 2009-10. São Paulo, 2013. Disponível em: <

- http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/pdfs-emgeral/caderno_de_resumos_site_ppsus.pdf>. Acesso em: 06 maio 2015.
- BARBERATO FILHO, S.; PEREIRA, M. D. **Manual de gestão municipal de demandas judiciais na saúde**. Sorocaba: Universidade de Sorocaba, 2013. 1 CD-ROM.
- BICAS ROCHA K.; CAMPOS VIEIRA N.; CALLEJA M. A.; FAUS M. J. Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapéutico. **Seguimiento Farmacoterapéutico**, Granada, v.1, n. 2, p. 49-57, 2003. Disponível em: http://www.cipf-es.org/sft/vol-01/049-057.pdf>. Acesso em: Ago.2014.
- BIEHL, J.; AMON, J. J.; SOCAL, M. P.; PETRYNA, A. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. **Health Human Rights**, Boston, v. 14, n. 1, p. E36-52, 2012.
- BIGUELINI, C. P. Atenção farmacêutica domiciliar a hipertensos: experiência baseada no método Dader de acompanhamento farmacoterapêutico. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 25, n.1, p. 51-61, 2013.
- BISSON, M. P. **Farmácia Clinica & Atenção Farmacêutica.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2007.
- BLUMENSCHEIN, K.; JOHANNESSON, M. Use of contingent valuation to place a monetary value on pharmacy services: an overview and review of the literature. **Clinical Therapeutics**, Princeton, v. 21, n. 8, p. 1402-1417, 1999.
- BORGES, A. P. S.; GUIDONI, C. M.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Economic evaluation of outpatients with type 2 diabetes mellitus assisted by a pharmaceutical care service. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 55, n. 9, p. 686-691, 2011.
- BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, 2010.
- BRANDÃO, C. M.; GUERRA, A. A. J.; CHERCHIGLIA, M. L.; ANDRADE, E. I.; ALMEIDA, A. M.; SILVA, G. D.; QUEIROZ, O. V.; FALEIROS, D. R.; ACURCIO, F. A. Expenses of the brazilian ministry of health for high-cost drugs: a demographic and clinical analysis. **Value Health**, New York, v. 14, n. 5, Supl. 1, p. S71-77, 2011.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução CFF n° 586, de 29 de agosto de 2013.** Regula a prescrição farmacêutica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n° 306, de 07 de dezembro de 2004**. Dispõe sobre o regulamento técnico

para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n° 44, de 07 de agosto de 2009**. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n° 338, de 06 de maio de 2004**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica à saúde: a experiência de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 122p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 308p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 p. (Nota Técnica). Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/vigitel/vigteldescr.htm. Acesso em: 05 maio 2015.

CAMPOS NETO, O. H.; ACURCIO, F. A.; MACHADO, M. A.; FERRE, F.; BARBOSA, F. L.; CHERCHIGLIA, M. L.; ANDRADE, E. I. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 784-790, 2012.

CASTRO, M. S.; FUCHS, F. D.; FERREIRA, M. B. C. Reflexão sobre a prática e o ensino do seguimento farmacoterapêutico de pacientes. In: STORPIRTIS, S.; MORI, A. L. P. M.; YOCHIY, A.; RIBEIRO, E.; PORTA, V. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 360-366.

CASTRO M. S.; FUCHS F. D.; SANTOS M. C.; et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. **American Journal of Hypertension**, New York, v.19, n. 5, p.528-33, 2006.

CHAGAS, V. O. A perspectiva dos usuários sobre o acesso aos medicamentos por via judicial. 2013. 141f. Dissertação (Mestrado em Ciências

- Ambientais e Saúde) Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2013.
- CHEMELLO, C.; SOUZA, F.; PATRICIO, E. S.; FARIAS, M. R. Pharmaceutical care as a strategy to improve the safety and effectiveness of patients? Pharmacotherapy at a pharmacy school: a practical proposal. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 185-193, 2014.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e eqüidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009.
- CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B.. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429, 2010.
- CIPOLLE, D. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **El ejercicio de la atención farmacêutica.** Madrid: Mc Graw Hill, 2000. 352p.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice.** New York: McGraw-Hill, 1998. 360p.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice. The clinician's guide.** 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 394p.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Demandas judiciais na assistência farmacêutica. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011. p. 129-158. (Coleção para entender a gestão do SUS; v.7). Disponível em: < http://www.conass.org.br/biblioteca/pdfs/colecao2011/livro_7.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2013.
- CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **O** percurso histórico da atenção farmacêutica no mundo e no Brasil. São Paulo, 2010. Disponível em:http://portal.crfsp.org.br/publicacoes-/doc_download/209-fasciculo-v-o-percurso-historico-da-atencao-farmaceutica-no-mundo-e-no-brasil.html. Acesso em: 01 dez. 2013.
- CORRER, C. J. O método clínico do cuidado farmacêutico. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013a. p. 247-271.
- CORRER, C. J. Plano de cuidado e seguimento individual do paciente. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013b. p. 352-374.
- CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **Método clínico de atenção farmacêutica**. Março 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmaceutica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmaceutica.pdf. Acesso em: 20 set. 2013.

- CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. Avaliação global da farmacoterapia. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 326-351.
- CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; WIENS, A.; ROSSIGNOLI, P.; MELCHIORS, A. C.; RADOMINSKI, R.; FERNANDEZ-LLIMÓS, F. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 7, p. 825-833, 2009.
- DALLARI, S. G. Controle judicial da política de assistência farmacêutica: direito, ciência e técnica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 57-75, 2010.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 479-489, 2012.
- FAUS DÁDER, M. J. El Programa Dáder. **Pharmaceutical Care España: Madrid**, n.2, p. 73-74, 2000.
- FAUS DÁDER, M. J.; MUÑOZ, P. A.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F. **Atenção farmacêutica: conceitos, processos e casos práticos.** São Paulo: RCN, 2008. 233 p.
- FIGUEIREDO, T. A.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 101-118, 2010.
- FIGUEIREDO, T. A. **Análise dos medicamentos fornecidos por mandado judicial na Comarca do Rio de Janeiro:** a aplicação de evidências científicas no processo de tomada de decisão. 2010. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- FUNCHAL-WITZEL, M. D. R.; CASTRO, L. L. C.; ROMANO-LIEBER, N. S.; NARVAI, P. C. Brazilian scientific production on pharmaceutical care from 1990 to 2009. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 409-420, 2011.
- GALATO, D.; NESI, H.; ROSSO, J. A.; OLIVEIRA, R. C.; TRAUTHMAN, S. C.; LUNARDI, T.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Judicilialização de medicamentos no Brasil: um processo que deve ser racionalizado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 390-391, 2012.
- GRAINGER-ROUSSEAU T. J.; MIRALLES, M. A.; HEPLER, C. D.; SEGAL, R.; DOTY, R. E.; BEM-JOSEPH, R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. **Journal of American Pharmaceutical Association**, Washington, v. NS37, n.6, p.647-61, 1997. Disponível

- http://www.fcfar.unesp.br/arquivos/link/20120924193545575167.pdf. Acesso em: 01 ago.2014
- HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, Bethesda, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.
- IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M. S.; OLIVEIRA, N. V. B. V.; JARAMILLO, N. M.; RECH, N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica proposta. Brasília, DF. Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- LYRA JÚNIOR, D. P. D.; MARCELLINI, P. S.; PELÁ, I. R. Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hypertension. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 451-457, 2008.
- LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S.; COSTA, A. C.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 620-628, 2010.
- MACEDO, E. I. A importância da análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. 2010. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2010. Disponível em:
- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/2010/premiados/trabalho_completo_eloisa_israel_macedo.pdf>. Acesso em: 22 set. 2013.
- MACEDO, E. I.; LOPES, L. C.; BARBERATO-FILHO, S. Análise técnica para a tomada de decisão do fornecimento de medicamentos pela via judicial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 706-713, 2011.
- MACHADO, M. A.; ACURCIO, F. A.; BRANDÃO, C. M. R.; FALEIROS, D. R. GUERRA JUNIOR, A. A. CHERCHIGLIA, M. L. ANDRADE, E. L. G. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011.
- MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde.** Rio de Janeiro: OPAS/OMS: 336 p. 2003.
- MARTINS, B. P. R.; AQUINO, A. T.; PROVIN, M. P.; LIMA, D. M.; DEWULF, N, L, S.; AMARAL, R. G. Pharmaceutical care for hypertensive patients provided within the family health strategy in Goiânia, Goiás, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 609-618, 2013.
- MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso off label: erro ou necessidade? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.2, p. 395-397, 2012.
- MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. Concurrent and predictive validity of a the self-reported measure of medication adherence. **Medical Care:** Washington, v. 24, n.1, p. 67-75, 1986.
- NASCIMENTO, Y. D. A.; CARVALHO, W. D. S.; ACURCIO, F. D. A. Drug-related problems observed in a pharmaceutical care service, Belo Horizonte, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 321-330, 2009.
- NAFFAH FILHO, M.; CHIEFFI, A. L.; CORREA, M. C. M. M. A. S-Codes: um novo sistema de informações sobre ações judiciais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 7, n. 84, p. 18-30, 2010.
- ODEDINA, F. T.; SEGAL, R. Behavioral pharmaceutical care scale for measuring pharmacists' activities. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, v. 53, n. 8, p.855-65, 1996.
- OLADAPO, A. O.; BARNER, J. C.; RASCATI, K. L. The need for more evidence-based studies to justify the economic value for the provision of medication therapy management and other clinical pharmacy services. **Clinical Therapeutics**, Princeton, v. 34, n. 11, p. 2196-2199, 2012.
- OLADAPO, A. O.; RASCATI, K. L. Review of survey articles regarding medication therapy management (MTM) services/programs in the United States. **Journal of Pharmacy Practice**: Philadelphia, v. 25, n. 4, p. 457-470, 2012.
- OLIVEIRA, A. B.; OYAKAWA, C. N.; MIGUEL, M. D.; ZANIN, S. M. W.; MONTRUCCHIO, D. P. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 409-413, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **El papel del farmacéutico en el atención de salud.** Tokio, 1993. Disponível em: http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2014.
- PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M. C.; AMARAL, R. G. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. **Revista de Salud Publica**, Bogotá, v. 14, n. 2, p. 340-349, 2012.
- PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. A.; SIMAS, L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VENTURA, M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

- PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. D. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.
- PEREIRA, M. D. **Desenvolvimento de sistema informatizado para gestão de demandas judiciais na saúde.** 2014. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2014.
- PEREIRA, M. D.; BARBERATO FILHO, S. **Sistema Jud Sys**. Sorocaba: Universidade de Sorocaba, 2014. Disponível em: http://judsys.uniso.br. Acesso em: 29 maio 2014.
- PICON, P. D.; GADELHA, M. I. P.; BELTRAME, A. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 606 p.
- PIRES, C.F.; COSTA, M. M.; ANGONESI, D.; BORGES, F. P. Demanda del servicio de atención farmacéutica en una farmacia comunitaria privada. **Pharmacy Practice**, Granada, v. 4, n. 1, p. 34-37, 2006. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1885-642X2006000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 29 janeiro 2014.
- PLASTER, C. P.; MELO, D. T.; BOLDT, V.; CASSARO, K. O. S.; LESSA, F. C. R.; BOËCHAT, G. A. P.; BISSOLI, N. S.; ANDRADE, T. U. Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health center after a pharmaceutical care program of pharmacotherapy follow-up. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 435-446, 2012.
- POMBO, B. União gastou R\$ 356 milhões com ações sobre remédios. **Valor Econômico**, Brasília, 18 jul. 2013. Disponível em: http://www.valor.com.br/legislacao/3192456/uniao-gastou-r-356-milhoes-comacoes-sobre-remedios. Acesso em: 04 set. 2013.
- REVEIZ, L.; CHAPMAN, E.; TORRES, R.; FITZGERALD, J. F.; MENDONZA, A.; BOLIS, M. Right-to-health litigation in three latin american countries: a systematic literature review. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 33, n. 3, p. 213-222, 2013.
- ROSSIGNOLI, P.; GODOY, R. R.; CORRER, C. J. Princípios da comunicação interpessoal para prática clínica. In: CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 377-396.
- SABATER HERNÁNDEZ, D.; SILVA CASTRO, M. M.; FAUS DÁDER, M. J. **Método Dáder. Manual de seguimento farmacoterapêutico 2009 (versão em português europeu)**, Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas, 3.ed., 2010.
- SANT'ANA, J. M. B.; PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VENTURA, M. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 714-721, 2011a.

- SANT'ANA, J. M. B.; PEPE, V. L. E.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VENTURA, M. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 138-144, 2011b.
- SANTOS, D. O.; MARTINS, M. C.; CIPRIANO, S. L.; PINTO, R. M. C.; CUKIER, S.; STELMACH, R. Atenção farmacêutica ao portador de asma persistente: avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 14-22, 2010.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária. Núcleo de Farmacovigilância. Formulário para notificação de suspeita de reação adversa a medicamento. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/fnot-prof.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2013.
- SÃO PAULO (Estado). Resolução SS-54, de 11 de maio de 2012. Aprova, no âmbito da Pasta, estrutura e funcionamento da Comissão de Farmacologia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, São Paulo, n.89, seção 1, p. 37, 2012.
- SILVA CASTRO, M. M. Evaluación del seguimiento farmacoterapéutico em pacientes hospitalizados. Análisis del método Dáder y su implantación em diferentes servicios asistenciales. Tese (Doutorado) Faculdade de Farmácia, Universidade de Granada, 2010. Disponível em: <digibug.ugr.es/bitstream/10481/14620/1/18950474.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2014.
- SILVA, L. K. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 501-520, 2003.
- SIMONI, C. R. Avaliação do impacto de métodos de atenção farmacêutica em pacientes hipertensos não-controlados. 2009. 184f. Dissertação (Mestrado em Clências Farmacêuticas Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- STAMFORD, A.; CAVALCANTI, M. Decisões judiciais sobre acesso aos medicamentos em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 791-799, 2012.
- STRAND, L. M.; CIPOLLE, R. J; MORLEY, P. C. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. **Drug Intelligence & Clinical Pharmacy**, Cincinnati, v. 22, n. 1, p. 63-7, jan. 1988. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3349924. Acesso em: 11 ago. 2014.
- TRAVASSOS, D. V.; FERREIRA, R. C.; VARGAS, A. M. D.; MOURA, R. N. V.; CONCEIÇÃO, E. M. A.; MARQUES, D. F.; FERREIRA, E. F. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 419-3429, 2013.

- VARGAS-PELÁEZ, C. M.; ROVER, M. R. M; LEITE, S. M.; BUENAVENTURA, F. R.; FARIAS, M. R. Right to health, essencial medicines, and lawsuits for access to medicines a scoping study. **Social Science & Medicine**: Oxford, v. 121, p. 48-55, 2014. Disponível em:< http://www.globalhealthhub.org/2014/10/11/right-to-health-essential-medicines-and-lawsuits-for-access-to-medicines-a-scoping-study/>. Acesso em: 28 out. 2014.
- VENTURA, M.; SIMAS, L.; PEPE, V. L. E.; SCHRAMM, F. R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.
- VIEIRA, F. S.; LOPES, L. C. BARBERATO-FILHO, S.; MARQUES, D. C.; PEPE, V. L. E. Assistência farmacêutica e ações judiciais: propostas para melhorar o acesso e o uso de medicamentos. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 47, p. 79-86, 2010.
- VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.
- WANG, D. W. L. Courts as healthcare policy.-makers: the problem, the responses to the problem and problems in the responses. **DIREITO GV Research Paper Series Legal Studies Paper**, São Paulo, n. 75, 2013. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/11198?show=full. Acesso em: 28 out. 2014.
- WEED, L. L. Medical records that guide and teach. **New England Journal of Medicine**: Waltham, v. 278, n. 11, p.593-600, 1968.
- WEED, L. L. Quality control and the medical record. **Archives of Internal Medicine**: Chicago, v. 127, p.101-105, 1971. Disponível em: http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=577568>. Acesso em: 31 jul. 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pharmacy Based Asthma Services - Protocol and Guidelines**. Copenhagem: EUR/ICP/QCPH, 1998, 131p.
- YOKOYAMA, C. S.; MALUCELLI, A.; MORO, C. M. C.; HIRANO, L. R.; NOHAMA, P. Proposta de sistema de informação para atenção farmacêutica baseado no método Dáder. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraguara, v. 32, n. 1, p.19-26, 2011.

APÊNDICE A – Lista de presença da I Oficina "Judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes"

Nome dos participantes	Instituição
Beatriz Saluqui Zana	Uniso
Cecília Torquetti de Barros	Uniso
Profa. Dra. Cristiane de Cássia Bergamaschi	Uniso
Dominique Totit Oliveira	Uniso
Profa. Dra. Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos	Uniso
Elisangela Simon Maffeis	Uniso
Francine C. Lopes	Uniso
Profa. Ms. Mariana Donato Pereira	Unisep
Mayara Camargo	Uniso
Profa. Dra.Miriam Sanches Nascimento Silveira	Uniso
Nádia Takako Bernardes Suda	Unifesp
Profa. Ms Sheilla Siedler	Uniso
Prof. Dr. Silvio Barberato Filho	Uniso
Profa. Ms. Tânia Regina Ferreira	Uniso
Vivian Ferrari Lima Scaranello Machado	Uniso

APÊNDICE B – Lista de presença da II Oficina "Judicialização da saúde: modelo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes"

Nome dos participantes	Instituição
Cecília Torquetti de Barros	Uniso
Profa. Dra. Cristiane de Cássia Bergamaschi	Uniso
Profa. Dra. Daniela Rezende Garcia Junqueira	Uniso
Dominique Totit Oliveira	Uniso
Elisangela Simon Maffeis	Uniso
Francine Campolim Moraes	SMS Itapeva
Júlio Cesar Vieira	Uniso
Profa. Ms Mariana Donato Pereira	Uniso
Nádia Takako Bernardes Suda	Unifesp
Profa. Ms Sheilla Siedler	Uniso
Prof. Dr.Silvio Barberato Filho	Uniso
Profa. Ms Tânia Regina Ferreira	Uniso
Vivian Ferrari Lima Scaranello Machado	Uniso

APÊNDICE C – Relação dos participantes do grupo de trabalho

Nome	Vinculação
	Graduanda. Bolsista PIBIC/CNPq. Curso
Beatriz Saluqui Zana	de Graduação em Farmácia da
	Universidade de Sorocaba
Profa. Dra. Cristiane de Cássia	Docente do Programa de Pós-
Bergamaschi	Graduação em Ciências Farmacêuticas
	da Universidade de Sorocaba
Profa. Dra. Edilma Maria de	Docente do Curso de Graduação em
Albuquerque Vasconcelos	Farmácia da Universidade de Sorocaba
Profa. Ms. Mariana Donato	Docente do Curso de Graduação em
Pereira	Farmácia das Faculdades Integradas do
1 erena	Vale do Ribeira (UNISEP)
	Docente do Programa de Pós-
Prof. Dr. Silvio Barberato Filho	Graduação em Ciências Farmacêuticas
	da Universidade de Sorocaba
Profa. Ms. Tânia Regina Ferreira	Docente do Curso de Graduação em
Troid. Wis. Tarila Regilia i effelia	Farmácia da Universidade de Sorocaba
Vivian Ferrari Lima Scaranello	Mestranda. Programa de Pós-Graduação
Machado	em Ciências Farmacêuticas da
IVIACITACO	Universidade de Sorocaba

APÊNDICE D – Descrição do Sistema Jud Sys e proposta de inserção do módulo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes

O Sistema Jud Sys foi desenvolvido por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba (PPGCF-Uniso), com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e do Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), no âmbito do Edital PPSUS-SP 2009 (Processo nº 2009/53241-0).

O planejamento e a arquitetura do sistema ficaram sob a responsabilidade dos pesquisadores, em parceria com o Departamento Regional de Saúde de Sorocaba (Divisão administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo) e com a Prefeitura Municipal de Sorocaba, e o desenvolvimento foi coordenado pelo Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag).

O Sistema Jud Sys foi desenvolvido com visão multiusuário, ou seja, cada prefeitura representa uma unidade no sistema, permitindo ao gestor obter informações de forma individualizada ou unificada. Vale mencionar que apenas um usuário com privilégios de administrador pode ter acesso aos relatórios agregados. Pela arquitetura Web, pretende-se implantar o sistema de forma centralizada, com todas as prefeituras operando o sistema a partir de um Datacenter, com operação 24x7 (24 horas por dia, 7 dias por semana) e todo o suporte necessário para solução de problemas, sejam referentes a hardware, sejam referentes a software.

A tela inicial do sistema (Figura 1) apresenta ao usuário um menu com as seguintes opções: Segurança, Cadastros, Operacional, Relatórios, Ajuda e Sair.



Figura 1 – Tela inicial do Sistema Jud Sys.

Fonte: PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014.

O menu Segurança permite acessar informações sobre: unidades, usuários e log de acesso. A partir dessas três opções é possível realizar o cadastro do município (Figura 2) e de seus respectivos usuários (Figura 3), além de verificar todas as alterações efetuadas no sistema por cada um dos usuários cadastrados.

No menu Cadastros (Figura 4) o sistema foi pré-carregado com informações referentes a: medicamentos; outros produtos para saúde; terapia nutricional; procedimentos; Cadastro Brasileiro de Ocupações; e materiais de consulta.

O menu Operacional (Figura 5) é utilizado para: registro das demandas judiciais na saúde; controle da entrega dos itens solicitados; inserção ou troca do logotipo dos municípios; alteração dos dados cadastrais dos usuários; acesso aos materiais de consulta pré-carregados no sistema. Esta guia é dividida nas seguintes opções: pacientes, registro de entrega, materiais de consulta, recibos, trocar logotipo e dados do usuário.

Para o registro das demandas judiciais, a opção "Pacientes" direciona o cadastro para seis telas contendo diversos campos para o preenchimento de informações referentes ao processo judicial. Esta opção possui as seguintes telas secundárias, com informações sobre: o paciente; o responsável pelo paciente; o a representação jurídica e o processo; o diagnóstico e a prescrição; as pessoas autorizadas a retirar os produtos na Unidade; e informações complementares (Figura 6).







Fonte: PEREIRA: BARBERATO FILHO, 2014.



Fonte: PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014.

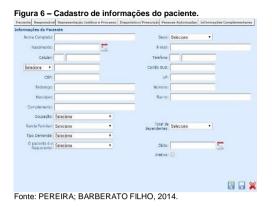


Figure 7 — Guia relatórios do Sistema Jud Sys.

Begure 7 — Guia relatórios o posecular Relatórios Ayuta Sua

Para 1 — Processos Programação Persona Pe

Fonte: PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014.

A guia Relatórios (Figura 7) possibilita a emissão dos relatórios com os indicadores previamente selecionados por meio das seguintes opções: pacientes, processos, programação e demandas atendidas.

Com estes recursos, o Sistema Jud Sys permite aos usuários: registrar as informações referentes a cada um dos processos judiciais e pleitos administrativos recebidos pela prefeitura; agilizar o processo decisório, o monitoramento e a avaliação destas demandas; extrair informações sobre as demandas judiciais na saúde e compartilhá-las com outras instituições; diminuir a sobrecarga de trabalho dos funcionários envolvidos com esta atividade e propor intervenções em prol da saúde individual e coletiva.

O Sistema Jud Sys está recebendo os ajustes finais para utilização nas instituições parceiras antes de ser disponibilizado a outros municípios. Concluída esta etapa, os municípios poderão aderir ao uso do Sistema Jud Sys mediante assinatura de Acordo de Cooperação com a Universidade de Sorocaba e de um Termo de adesão e licença de uso do sistema. Importante mencionar que o sistema será disponibilizado aos municípios sem nenhum custo.

A Figura 8 apresenta uma visão preliminar da inserção do módulo de acompanhamento de pacientes, enquanto a Figura 9 representa a integração do novo módulo com as informações dos processos cadastradas previamente no sistema.

Figura 8 – Proposta para inserção do módulo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes no Sistema Jud Sys.



Fonte: PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014.

Figura 9 – Integração do módulo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com as informações dos processos no Sistema Jud Sys.



Fonte: PEREIRA; BARBERATO FILHO, 2014.