

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

## CADERNO 3:

Planejamento e Implantação de Serviços de  
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica  
à Saúde: A Experiência de Curitiba

Brasília - DF  
2014



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

# CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

## CADERNO 3:

Planejamento e Implantação de Serviços de  
Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica  
à Saúde: a Experiência de Curitiba



Brasília - DF  
2014

2014 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 10.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica  
SCN, Qd. 2, Projeção C, 1º andar, sala 108  
CEP: 70712-902 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3410-4171  
Site: [www.saude.gov.br/qualifarsus](http://www.saude.gov.br/qualifarsus)  
E-mail: [qualifarsus.cuidado@saude.gov.br](mailto:qualifarsus.cuidado@saude.gov.br)

*Organização:*

Karen Sarmiento Costa  
José Miguel do Nascimento Júnior  
Orlando Mário Sociero  
Maria Ondina Paganelli  
Cassyano Januário Correr

*Coordenação:*

Karen Sarmiento Costa  
Maria Ondina Paganelli  
Orlando Mário Sociero

*Elaboração:*

Orlando Mário Sociero  
Maria Ondina Paganelli  
Karen Sarmiento Costa  
Suetônio Queiroz de Araujo

*Colaboração:*

Beatriz Ribeiro Ditzel Patriota  
Cassyano Januário Correr  
Cristiane Maria Chemin  
Daniele Chaves Cordeiro dos Santos  
Edson Natal Parise

Elayne Cristina Busmayer  
Flávia Ludimila Kavalec Baitello  
Linda Tiek Kakitani Morishita  
Luiz Armando Erthal  
Marília Chinasso  
Marina Miyamoto  
Patrícia Bach  
Rafael Bobato  
Rangel Ray Godoy  
Rosângela de Oliveira Amorim  
Rosimeire Ferreira da Costa  
Silmara Simioni  
Thais Teles de Souza

*Apoio financeiro:*

Ministério da Saúde e Banco Mundial

*Editora responsável:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva  
Revisão: Khamila Silva e Silene Lopes Gil  
Capa e projeto gráfico: Renato Carvalho  
Diagramação: Marcelo S. Rodrigues

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos.

Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na Atenção Básica à Saúde: a experiência de Curitiba / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

120 p. : il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 3)

ISBN 978-85-334-2199-8

1. Assistência Farmacêutica. 2. Atenção à Saúde. 3. Saúde Pública. I. Título. II. Série.

CDU 614.39:615.1

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0642

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Planning and implantation of pharmaceutical care services in Primary Health Care: the experience of Curitiba  
Em espanhol: Planificación e implantación de servicios de cuidado farmacêutico en la Atención Primaria a la Salud: la experiencia de Curitiba

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** – Agentes comunitários de saúde
- AF** – Assistência Farmacêutica
- AIH** – Autorização de Internação Hospitalar
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- Caps** – Centros de Apoio Psicossocial
- CE** – Centros Especializado
- CGAFB** – Coordenadoria-Geral de Assistência Farmacêutica Básica
- CLS** – Conselho Local de Saúde
- Cmaes** – Centros Municipais de Atendimento Especializado
- Cmums** – Centros Municipais de Urgências Médicas
- Conass** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- Conasems** – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CRM** – Coordenação de Recursos Materiais
- Curame** – Comitê de Uso Racional de Medicamentos
- CURM** – Comitês de Utilização Racional de Medicamentos
- DAB** – Departamento de Atenção Básica
- DAF** – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

**ESB** – Equipes de Saúde Bucal  
**ESF** – Estratégia Saúde da Família  
**Feaes** – Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde  
**GMC** – Gerência de Materiais de Consumo  
**Liacc** – Laboratório de Inovações às Condições Crônicas  
**MS** – Ministério da Saúde  
**Naaps** – Núcleos de Apoio em Atenção Primária  
**Nasf** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
**PBL** – Problem-Based Learning  
**PRM** – Problemas Relacionados aos Medicamentos  
**Qualifar-SUS** – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).  
**QualiSUS-Redes** – Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde  
**RAS** – Redes de Atenção à Saúde  
**RRAS** – Redes Regionais de Atenção à Saúde  
**SCTIE** – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
**Samu** – Serviço de Atendimento Móvel às Urgências  
**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde  
**Siate** – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**URM** – Uso Racional de Medicamentos  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde  
**UCI** – Unidade Coronariana Intensiva  
**UGP** – Unidade de Gestão do Projeto  
**UPAs** – Unidades de Pronto Atendimento  
**US** – Unidade de Saúde  
**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

# Sumário

Apresentação -----	7
Prefácio-----	11
1 Introdução -----	17
2 Projeto-Piloto de Implantação de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica -----	21
— 2.1 Do projeto-----	21
— 2.2 Do Município -----	24
3 Planejando a Implantação do Serviço de Cuidado Farmacêutico ----	35
— 3.1 Criando Condições para a Implantação do Serviço -----	35
— 3.2 Elaboração do Projeto Técnico -----	40
4 Implantando os Serviços de Cuidado Farmacêutico -----	45
— 4.1 Capacitando os profissionais farmacêuticos -----	45
— 4.2 Agendamento de paciente para o novo serviço -----	46
— 4.3 Implantando o serviço de clínica farmacêutica-----	47
— 4.4 Implantando as atividades técnico-pedagógicas -----	48

5 Experiência do Grupo Responsável pela Implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica -----	51
— 5.1 Relato da Equipe de Condução -----	51
— 5.2 Relato da Coordenação da Atenção Farmacêutica -----	54
— 5.3 Relato do Representante da SMS de Curitiba -----	57
— 5.4 Relato dos Farmacêuticos Apoiadores Regionais -----	59
— 5.5 Relato dos Supervisores Técnicos -----	62
— 5.6 Relato dos Coordenadores Executivos -----	68
 Referências -----	 71
 Anexos -----	 75
— Anexo A - Termo de Referência nº 71 -----	75
— Anexo B - Termo de Referência nº 72 -----	88
— Anexo C - Portaria nº 113 - Cria os Comitês de Uso Racional de Medicamentos --	101
— Anexo D - Trabalhos apresentados em Congressos -----	114
 Equipe do Projeto -----	 119

# Apresentação

A situação de saúde da população brasileira e o atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem, aos gestores, aos profissionais e aos trabalhadores da Saúde o desafio da garantia da integralidade do cuidado.

Uma estratégia adequada para o enfrentamento do quadro de saúde vigente no País consiste na organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde, coordenadas e orientadas pela Atenção Básica em Saúde.

Nesse sentido, é imprescindível a integração da Assistência Farmacêutica nas Redes, como uma ação e um serviço de saúde. Para isso, a estruturação das Redes é fundamental, razão pela qual tem sido considerada uma alternativa adequada para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos.

No entanto, as atividades de aquisição e de distribuição consolidaram-se, histórica e institucionalmente, como foco e limite das atividades relacionadas aos medicamentos no País. Em decorrência desse quadro, muitos setores consideram a Assistência Farmacêutica como apenas um sistema logístico ou um sistema de apoio, e não como integrante do conjunto de ações e serviços do SUS, enquanto outros segmentos da sociedade enfocam o medicamento como mercadoria.



Consideramos que a Assistência Farmacêutica visa a assegurar o acesso da população aos medicamentos a partir da promoção do uso correto deles, a fim de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde. Por essa razão, torna-se fundamental discutir sobre o papel da Assistência Farmacêutica no atual estágio de desenvolvimento do SUS, além de debater a respeito de como avançar conjuntamente na perspectiva das Redes, a fim de responder, de forma organizada e integrada, às demandas de saúde da população brasileira.

Sendo assim, considerando a concepção das Redes de Atenção à Saúde, buscamos desenvolver e implantar programas e projetos que estejam alicerçados nesses conceitos e diretrizes. Destaca-se a criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, segura, responsável e humanizada à população brasileira, conforme será exposto.

Como estratégia para avançar na implementação desse Programa, em âmbito regional, estabeleceu-se uma parceria com a Gerência do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), a Unidade de Gestão do Projeto (UGP), o Departamento de Economia da Saúde (DESID), a Secretaria-Executiva (SE) e do Ministério da Saúde (MS) com os objetivos de: aprimorar os mecanismos de gestão de tecnologia de uso em saúde nessas regiões do QualiSUS-Rede, por meio da informatização dos Sistemas de Apoio (almoxarifados e/ou centrais de abastecimento farmacêutico), nos Pontos de Atenção à Saúde e nos Pontos de Apoio Terapêutico; capacitar profissionais na gestão da Assistência Farmacêutica e no Sistema Hórus e desenvolver um

projeto-piloto para a Gestão do Cuidado, considerando a implantação de serviços da clínica farmacêutica em um município dessas regiões apoiadas pelo Projeto.

Dessa maneira, registramos aqui, os nossos agradecimentos a todos aqueles que acreditaram e contribuíram para a realização desse projeto. Primeiramente, agradecemos aos quadros técnicos e gestores do Ministério da Saúde, especialmente na Assistência Farmacêutica, uma vez que possibilitam empreender projetos a favor da melhoria das condições de saúde dos usuários da Atenção Básica do SUS, em todas as regiões do País. Agradecemos também ao Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), instituição financeira do Banco Mundial, pelo financiamento que possibilitou estabelecer a parceria com o Projeto QualiSUS-Rede do Ministério da Saúde; assim como à UGP, que coordena essa iniciativa no âmbito do Ministério da Saúde, pela viabilização técnica e administrativa da proposta; agradecemos pelo avanço na integração dos programas e projetos com o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); agradecemos aos professores e apoiadores do cuidado farmacêutico selecionados que realizaram, com o Ministério da Saúde e a gestão local do município de Curitiba, a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos; agradecemos, principalmente, pelo aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em desenvolver o projeto-piloto nas unidades básicas do município, e pelos farmacêuticos de Curitiba, em especial, àqueles vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por acreditarem que seria possível transformar a qualidade dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde, visando a um cuidado integral e ao uso racional dos medicamentos.

Dessa maneira, apresentamos com grande satisfação a série “*Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica*,” que tem como principal objetivo compartilhar o processo de desenvolvimento do projeto-piloto em Curitiba, assim como os

resultados alcançados, sejam eles, os instrumentos, o processo de capacitação, a implantação desse novo serviço, com a perspectiva de fomentar a discussão sobre o papel do cuidado farmacêutico e das práticas da Clínica Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.

Desejamos a todos uma boa leitura, e acreditamos que essa experiência municipal exitosa seja um passo para ampliar a discussão e a participação de outros atores e segmentos da sociedade brasileira, como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), conselhos de classe, entre outros; com o objetivo de avançarmos conjuntamente na implementação dos serviços clínicos farmacêuticos, nos pontos de atenção das Redes em todo o País.

Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica  
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos  
Ministério da Saúde

# Prefácio

Nos últimos nove anos, o Brasil subiu da décima para a sexta posição entre os maiores mercados globais de medicamentos, de acordo com levantamento do instituto IMS Health. O avanço está intimamente ligado ao aumento da renda da população, bem como à ampliação do acesso aos serviços de saúde no País. O crescimento robusto nesse consumo também traz desafios para a atenção à saúde, entre os quais a necessidade de acompanhamento e orientação sobre a correta administração e o uso racional dos medicamentos, especialmente entre aqueles pacientes que mais os consomem.

Em Curitiba, a Secretaria Municipal da Saúde desenvolveu um projeto-piloto de assistência farmacêutica cujo principal foco está nos usuários do sistema de saúde que associam cinco ou mais medicamentos ao dia. Durante a primeira fase do projeto, que integra o Programa de Qualificação da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, profissionais do SUS de Curitiba atenderam 583 pessoas. Em todos os casos foi detectado algum tipo de problema com a farmacoterapia – 49% deles relacionados à administração dos medicamentos e à adesão aos tratamentos.

Logo em seu início, o programa foi capaz de identificar os pacientes mais vulneráveis e encaminhá-los para uma consulta farmacêutica. Nos casos em que era possível verificar algum tipo de conflito entre as fórmulas administradas, o farmacêutico comunicava-se com os médicos responsáveis para discutir a

harmonização do tratamento. Omissão de doses, descontinuação indevida, dificuldade no acesso, descumprimento de horários de ingestão e até mesmo problemas de automedicação receberam a devida atenção dos farmacêuticos.

Antigamente, a preocupação com a assistência farmacêutica costumava ficar concentrada em problemas relacionados ao abastecimento, mas com este projeto a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba foi além: resgatou o principal papel do farmacêutico, ou seja, de cuidados diretos com o usuário. Que os bons resultados obtidos pelo projeto-piloto tenham inspirado sua extensão, por intermédio do Ministério da Saúde, a outras cidades e regiões do País, sendo interpretado como mais um importante passo na disseminação de informações acerca do uso racional de medicamentos e na evolução dos serviços de atenção na saúde pública brasileira.

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Nos últimos anos, os debates sobre o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde têm sido intensificados, como a estratégia de organização do sistema de saúde potencialmente capaz de incrementar o desempenho do SUS em termos de acesso, qualidade e eficiência econômica.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, destaca que a Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um *processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.*

O desafio está colocado: como desenvolver o Sistema Único de Saúde, estabelecendo coerência e interdependência entre o modelo de atenção, a organização do sistema e a gestão, de forma a alcançar maior efetividade, eficiência sistêmica e qualidade na atenção prestada?

Responder a esse desafio requer construção permanente, no campo prático, de dispositivos e mecanismos de integração da produção de saúde, que ampliem o grau de interconexão entre os pontos de atenção, de modo a promover inovação na organização do processo de trabalho com base em evidência e numa ação coordenada e cooperativa, incorporando a prática da Gestão Clínica.

É nesta perspectiva que se desenvolve, sob coordenação técnica da equipe da CGAFB/DAF/SCTIE, o Projeto-Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, para Implementação de Serviços de Clínica Farmacêutica nas Redes, no âmbito do Projeto QualiSUS-Rede. Uma experiência que vem a somar esforços com o Projeto QualiSUS-Rede no cumprimento do seu objetivo

principal, que é o de contribuir com a qualificação e implementação de RAS para melhor atender a população brasileira.

A série “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica” possibilita-nos visitar conceitos e, a partir da experimentação, disponibilizar suporte teórico e metodológico a gestores e profissionais de saúde, para continuar a avançar na organização dos processos de trabalho e no desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde.

A Gerência do Projeto QualiSUS-Rede parabeniza a equipe técnica pela iniciativa de sistematizar esta rica e inovadora experiência, que certamente muito contribuirá com o avanço da implantação do cuidado farmacêutico em outras unidades de saúde, e, com isso, deseja a todos boa leitura e aplicação dos conhecimentos aqui compartilhados.

Gerência do Projeto QualiSUS-Rede  
Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento  
Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde

## Caros trabalhadores da Atenção Básica

A organização da Atenção Básica (AB) está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é considerada eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde e, portanto, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa priorização não está presente apenas no discurso; traduz-se, também, na elaboração de uma ampla política que busca enfrentar os principais desafios para a expansão e a consolidação da AB no País. Entre estes, destacamos como principais a ampliação do acesso, a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na AB.

Podemos citar como ações nesse sentido: o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que destina recursos para construções, ampliações e reformas das UBS; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq); a implantação de um novo sistema de informações para a Atenção Básica (Sisab/e-SUS AB); os programas de provimento e fixação de profissionais na AB (Mais Médicos e Provac); os investimentos em educação permanente; a possibilidade de expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) para todos os municípios com equipes de Saúde da Família e uma série de outras ações.

Neste contexto, o Nasf constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes. Enquanto equipe multiprofissional, o Nasf abre a possibilidade de inserção do farmacêutico na AB de forma que este realize não apenas ações de gestão da assistência farmacêutica nesse âmbito da atenção mas também, e principalmente, ações de cuidado à saúde dos usuários.



O cuidado farmacêutico na AB e, especialmente, no Nasf, diz respeito a ações que envolvem as duas dimensões do apoio matricial: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira refere-se ao cuidado farmacêutico e às ações clínicas diretas aos usuários, de forma individual ou compartilhada. Já a segunda refere-se às ações que atendam, mais diretamente, às necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e outras ações compartilhadas. A aposta, então, é que o farmacêutico possa qualificar a atenção integral aos usuários a partir da sua prática clínica, e também potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde.

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
Departamento de Atenção Básica  
Secretaria de Atenção à Saúde /Ministério da Saúde

# 1 Introdução

A assistência terapêutica integral assegurada pelo artigo 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que abrange a Assistência Farmacêutica (AF) (BRASIL, 1990), tem sido, nos últimos anos, foco de reflexões e debates entre gestores, profissionais, Poder Judiciário e outros atores, no que se refere ao princípio da integralidade, aos critérios de incorporação de tecnologias em saúde e à disponibilidade dos medicamentos para a população.

A gestão das políticas farmacêuticas é responsabilidade dos gestores municipais, estaduais e federal, no âmbito do Ministério da Saúde é desenvolvida por meio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF). Compete ao DAF formular e coordenar a gestão das Políticas Nacionais de Medicamentos e Assistência Farmacêutica; prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de estados e municípios, bem como normatizar, organizar, promover e coordenar a aquisição e a distribuição de insumos estratégicos para a saúde e a Assistência Farmacêutica, nos diferentes níveis de atenção à saúde, entre outros (BRASIL, 2010). Esse Departamento possui também a responsabilidade de fomentar, monitorar e avaliar a implantação de serviços de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere ao acesso e ao uso racional dos medicamentos (URM) e a sua qualificação.

Como parte da Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, o DAF possui uma diretoria e quatro coordenações, que são: Coordenação-Geral do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos, Coordenação-Geral de Gestão e Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica. A diretoria e suas coordenações nos últimos anos têm propiciado, por intermédio de programas, projetos e ações, a ampliação do acesso a medicamentos seguros e efetivos e a promoção do uso racional dos medicamentos contribuindo para a integralidade e resolutividade das ações de saúde no SUS.

Em 2012, foi criado pelo DAF e regulamentado pela Portaria nº 1.214, de 13 de junho 2012, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS) (BRASIL, 2012). Esse programa tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada. Está organizado em quatro eixos, a saber: Estrutura, Educação, Informação e Cuidado, conforme descrito no *Caderno 1*.

Para atender as diretrizes do Qualifar-SUS, a Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB) buscou, por meio de diferentes fontes de financiamentos, o desenvolvimento de projetos para a qualificação dos serviços de AF nos municípios.

Destacamos o projeto QualiSUS-Rede, formalizado a partir de Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, com a finalidade de contribuir para a qualificação da atenção e da gestão em saúde e de desenvolvimento de tecnologias

que devem ser reproduzidas nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no Brasil.

As ações do QualiSUS-Rede estão organizadas em três componentes:

Componente 1: Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde.

Componente 2: Intervenções Sistêmicas Estratégicas.

Componente 3: Gestão do Projeto.

O Componente 2 tem por finalidade desenvolver um conjunto de intervenções sistêmicas de apoio à implantação de RRAS e a qualificação do cuidado em saúde, estruturado nos seguintes eixos:

- Eixo 1 – Apoio à Estruturação e à Qualificação das RRAS
- Eixo 2 – Gestão e Qualificação do Cuidado
- Eixo 3 – Qualidade em Saúde
- Eixo 4 – Inovação e Tecnologia em Saúde
- Eixo 5 – Monitoramento e Avaliação de Subprojetos.

A partir desses eixos, foi possível também desenvolver propostas de intervenção sistêmica para a AF nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). Dessa forma, foi elaborado o projeto “Proposta de intervenção sistêmica da assistência

farmacêutica nas redes de atenção à saúde das regiões selecionadas no projeto QualiSUS-Rede,” enfatizando a necessidade de avançar na estruturação dos serviços farmacêuticos nas RRAS.

Esse projeto tem por objetivo realizar o diagnóstico situacional dos serviços farmacêuticos, a informatização das unidades de saúde das regiões do projeto QualiSUS-Rede e a capacitação dos profissionais para a gestão da Assistência Farmacêutica, visando à qualificação da gestão.

Além do projeto de intervenção sistêmica da Assistência Farmacêutica, citado anteriormente, e por meio do Eixo 2, Gestão e Qualificação do Cuidado, do Componente 2 do QualiSUS-Rede e do Eixo Cuidado do Qualifar-SUS, a CGAFB elaborou projeto técnico, visando à qualificação do cuidado farmacêutico nas RRAS.

O projeto intitulado “*Projeto-piloto de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde para implementação de serviços de clínica farmacêutica nas redes regionais de atenção à saúde*” foi aprovado nas instâncias do Ministério da Saúde e no Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), instituição financeira do Bird, instituição financeira do Banco Mundial, onde foi viabilizado um novo financiamento para execução específica desse projeto.

Para a execução desse projeto, a CGAFB designou consultores técnicos para a coordenação executiva do projeto-piloto, com a finalidade de planejar, supervisionar a execução, monitorar e avaliar processo de implantação dos serviços clínicos no Município de Curitiba.

# 2 Projeto-Piloto de Implantação de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

## 2.1 Do projeto

O “Projeto-piloto de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde para implementação de serviços de clínica farmacêutica nas redes regionais de atenção à saúde” foi planejado considerando as condições determinadas pelo financiador, inicialmente para ser concluído em um período de nove meses, e posteriormente prorrogado para um ano.

No entanto, o curto prazo para a execução de um projeto dessa dimensão demandou o desenvolvimento cuidadoso de diretrizes para elaboração de um plano de ação com cronograma definido, de maneira a viabilizar a implantação dos serviços.

O planejamento para o desenvolvimento desse trabalho foi estruturado considerando que:

- Toda a equipe de profissionais farmacêuticos da Atenção Básica seria capacitada.
- Os farmacêuticos não poderiam se ausentar todos ao mesmo tempo do serviço.
- O serviço de clínica farmacêutica exige o desenvolvimento de competências e habilidades para a aplicação do método clínico.
- Os serviços a serem implantados deveriam estar integrados ao trabalho da equipe de saúde.
- A implantação dos serviços exigiria infraestrutura para sua execução.
- Os farmacêuticos apresentariam um plano de ação para continuidade dos serviços de clínica farmacêutica implantados.

Para atender a esses requisitos foram propostas as seguintes diretrizes para a implantação do referido projeto:

- Implantar serviços de cuidado farmacêutico necessários à promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) – serviços de clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógicas.
- Promover a articulação do serviço implantado com a equipe de saúde.

- Integrar os serviços de cuidado farmacêutico às ações de saúde.
- Estabelecer e prover condições necessárias para implantação do serviço.
- Criar referência e contrarreferência para desenvolvimento do serviço.
- Fomentar o desenvolvimento de conhecimento e tecnologias sociais para serem reproduzidas no âmbito das redes de atenção à saúde.
- Elaborar curso de capacitação para as práticas do cuidado farmacêutico que possam ser reproduzidas no âmbito das redes de atenção à saúde.
- Propor e validar indicadores para o monitoramento, a avaliação e a qualificação dos serviços de cuidados farmacêuticos implantados nas RRAS.

Esse projeto contou com a parceria da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba, Estado do Paraná, para a implantação dos serviços de cuidado farmacêutico.

Dessa forma, o início do projeto ocorreu em agosto de 2013, antes da etapa de implantação dos serviços no município, por meio do trabalho desenvolvido pelos coordenadores executivos da CGAFB com a Secretária Municipal de Saúde (SMS) do Município de Curitiba/PR, representado pelo coordenador da Vigilância Sanitária com a finalidade de organizar e prover as condições necessárias ao desenvolvimento do projeto.



## 2.2 Do Município

Curitiba é a capital do Paraná, um dos três estados que compõem a Região Sul do Brasil. Sua fundação oficial ocorreu no dia 29 de março de 1693. A cidade possui uma população de 1.751.907 (IBGE, 2010) e está organizada em 75 bairros. A região metropolitana de Curitiba é formada por 26 municípios, com uma população de 3.168.980 habitantes.

### 2.2.1 Rede de atenção à saúde de Curitiba

A rede de atenção à saúde de Curitiba é uma rede de serviços complexa, considerando que tem gestão plena do SUS, além de prestar serviços em todos os níveis de complexidade. O Município de Curitiba possui nove distritos sanitários, organizados em três macrorregiões (CURITIBA, 2014g).

A Rede de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba é composta por:

**Figura 1 - Rede de Serviços do SUS Curitiba**



- 63 Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família.
- 46 Unidades de Saúde.
- 8 Unidades de Pronto Atendimento.
- 13 Centros de Apoio Psicossocial (Caps).
- 7 Centros de Especialidades: Mãe Curitibana, Santa Felicidade, Matriz, Ouvidor Pardinho, Vila Hauer e Salgado Filho.
- 3 Centros de Especialidades Odontológicas (incluindo a Unidade Amigo Especial).
- 1 Centro de Orientação e Atendimento aos portadores de HIV/AIDS (COA)
- 108 Clínicas Odontológicas (integradas às US).
- 2 Hospitais Municipais.
- 1 Laboratório Municipal.
- 67 Espaços Saúde (anexos às US).
- Equipes da Saúde em Cmaes e Escolas Especiais.

Fonte: Rede de Serviços dos SUS Curitiba (CURITIBA, 2014f).

Além desses serviços citados, os quais são próprios da cidade de Curitiba, o município também tem vínculo com clínicas especializadas, hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. (CURITIBA, 2014g; 2014e)

De acordo com a Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990, a cada quatro anos ocorre a Conferência Municipal de Saúde para avaliar a situação de saúde e propor as

diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Para que os usuários da rede de serviços possam participar da proposição e acompanhar a execução de propostas de políticas de saúde no município, foram instituídos os Conselhos de Saúde Locais e os Conselhos de Saúde Distritais. Das 109 UBS de Curitiba, 106 delas possuem um Conselho Local de Saúde. Além dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) para aproximar as necessidades relacionadas à saúde da população da capital paranaense, existem também as Comissões Temáticas do Conselho Municipal de Saúde, formadas por membros da comunidade, membros de conselhos locais de saúde, profissionais de saúde, prestadores e gestores da área de saúde. A responsabilidade dessas comissões é de emitir pareceres e sugerir encaminhamentos com respaldo específico do seu tema (CURITIBA, 2014d). As comissões temáticas são:

- Comissão de Assistência à Saúde.
- Comissão de Comunicação e Educação Permanente.
- Comissão de Vigilância em Saúde DST/Aids.
- Comissão de Vigilância em Saúde Ambiental.
- Comissão de Saúde da Pessoa Idosa.
- Comissão de Saúde da Mulher.
- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador.
- Comissão de Saúde Mental.

- Comissão de Orçamento e Finanças.
- Comissão Intersetorial de Recursos Humanos.
- Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência.
- Comissão de Saúde Bucal.
- Comissão de Saúde da Criança e do Adolescente.
- Comissão de Saúde do Homem.
- Comissão de Urgência, Emergência e Assistência Hospitalar.

A disponibilidade de leitos na cidade para atendimentos pelo SUS permeia entre os hospitais de atendimento exclusivo e os hospitais de atendimento híbrido, os quais podem atender também de forma particular. No total existem 3.499 leitos disponíveis, nesse número estão incluídos leitos gerais, de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de Unidade Coronariana Intensiva (UCI) e de isolamento (CURITIBA, 2014g).

Já os profissionais que trabalham pela prefeitura na rede de atenção à saúde totalizam 7.255 contratados, sendo o maior número de profissionais auxiliares de Enfermagem (2.719), seguidos de médicos (1.098) e em terceiro lugar enfermeiros (846). Além dos profissionais contratados pela prefeitura, existem ainda 1.679 funcionários pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (Feaes), 1.070 agentes comunitários de saúde (ACS) e 161 agentes de endemias (CURITIBA, 2014g).

### **2.2.2 Atenção Primária à Saúde**

#### *Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde*

A Atenção Primária à Saúde tem sido vista como prioridade no município, assim ela beneficia-se com ações para sua melhoria desde o início de 2013. Diante dessas ações, foi elaborada a “Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do Município de Curitiba” (CURITIBA, 2013).

A carteira tem como objetivo orientar os profissionais de saúde em relação ao atendimento da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com as condições de saúde apresentadas pelos usuários. Possibilitando, assim, que a Atenção Primária seja a porta de entrada do usuário ao SUS e o foco dos seus atributos (acessibilidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade e abrangência do cuidado – carteira de serviços), para garantir a atenção adequada prestada aos usuários. E também, solucionar problemas de saúde na atenção primária, evitando o encaminhamento para especialidades de forma desnecessária (CURITIBA, 2013).

A Carteira de Serviços está dividida em seis capítulos:

1. Temas e condições de manejo comuns na APS.
2. Situações ou problemas relativos a cada fase do ciclo de vida.
3. Condições ou problemas dos diversos órgãos ou sistemas do corpo.
4. Procedimentos realizados na APS:
  - a. Médicos e de enfermagem;
  - b. Procedimentos de odontologia.
5. Rastreamento (*check-up*).
6. Abordagem à urgência e à emergência na APS.

Eles indicam o tema, sintoma ou condição que podem ser encontrados pelo profissional de saúde ou usuário, como também materiais disponíveis (medicamentos e materiais de apoio) e itens que devem ser verificados, orientados ou realizados (exames complementares e laboratoriais) para atender às necessidades apresentadas (CURITIBA, 2013).

### 2.2.3 Unidades de Saúde em Curitiba

Existem dois modelos de Unidades de Saúde em Curitiba, as quais se diferenciam pela organização da atenção prestada. Os dois modelos são: **Unidades de Saúde da Família** e **Unidades Básicas de Saúde** (CURITIBA, 2014c).

O número de Equipes de Saúde da Família (ESFs) e de Equipes de Saúde Bucal (ESBs) tem aumentado. Atualmente são contabilizadas 240 ESFs e 174 ESBs atuantes. Em relação às Unidades de Saúde, 11 das 109 funcionam até às 22h, dessa forma, pelo menos uma US em cada distrito sanitário funciona em horário estendido (CURITIBA, 2014g).

As equipes de saúde que trabalham em qualquer um dos dois modelos de Unidades de Saúde são compostas por diversos profissionais, sendo eles: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de Enfermagem, técnicos em Saúde Bucal, auxiliares de Saúde Bucal e agentes comunitários de saúde. Os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (Nasfs) são compostos por educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, e estão presentes em unidades de saúde com o ESF implantado, apoiando também aquelas unidades sem ESF.

#### **2.2.4 Atenção às condições crônicas em Curitiba**

Com a organização e a descentralização da atenção à saúde, a atenção foi direcionada a ações estruturadas para atender as condições de saúde da população de forma integral e resolutiva segundo a sua faixa etária ou patologias com maior importância. O auxílio de protocolos de cuidado e diretrizes clínicas possibilitou que fossem propostas abordagens para: organizar a atenção de acordo com condição de risco; auxiliar na tomada de decisão na clínica e na gestão; capacitar os profissionais na promoção, na prevenção e no tratamento dos agravos; e estabelecer indicadores a serem monitorados/avaliados. Ações de vigilância e promoção à saúde também foram propostas (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

Em 2010, foi implantado em Curitiba o Laboratório de Inovações às Condições Crônicas (Liacc), inicialmente como projeto-piloto na US de Cajuru e posteriormente implantado também em mais seis unidades. O projeto foi baseado em dados de doenças não transmissíveis mundiais publicados pela Organização Mundial da Saúde e em dados nacionais publicados pelo Ministério da Saúde. Três condições crônicas foram selecionadas para serem trabalhadas em Curitiba como modelos de atenção: a hipertensão arterial, a diabetes e a depressão. Diretrizes e indicadores de monitoramento dessas condições foram revisados e implantados, além da elaboração de planos de cuidado de condições de saúde como tabagismo, alimentação saudável e atividade física. O Cuidado Compartilhado é utilizado para promover o autocuidado e a educação em saúde entre os grupos de trabalho com condições crônicas, permitindo que os participantes se tornem sujeitos do seu tratamento, com conhecimento e capacidade de gestão da sua condição de saúde (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

### **2.2.5 Programas de atendimento à população**

As Unidades Básicas e o setor de Epidemiologia fornecem informações ao Centro de Informação de Saúde sobre os municípios, suas condições de saúde, morbidade, mortalidade e natalidade. Assim, é possível que políticas de saúde sejam elaboradas com base nesses dados.

Com isso, a Secretaria de Saúde de Curitiba desenvolveu programas para acompanhamento de grupos específicos de pessoas com determinadas doenças, ou faixas etárias, ou ainda condições de saúde. Estes programas têm o objetivo de humanizar o atendimento ao cidadão, melhorar a qualidade e o acesso à atenção, e promover o cuidado à saúde. Destacamos os programas: Mãe Curitibana, Atenção à Saúde da Criança, Adulto e do Idoso, DST e AIDS, Adolescente Saudável, Mulher Curitibana, Controle do Tabagismo, Nutricionais, Saúde Bucal, Saúde Mental (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA...; CONSELHO NACIONAL..., 2013; CURITIBA, 2009; CURITIBA, 2014h).

### **2.2.6 Atenção Pré-Hospitalar**

A Atenção Pré-Hospitalar na Cidade de Curitiba é formada por unidades do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Siate), do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu), e do Serviço de Remoção e Resgate Aéreo, usando um helicóptero de Suporte Avançado de Vida. A rede de serviços é integrada e conta com os Centros Municipais de Urgências Médicas (Cmums) e Hospitais Universitários dotados de unidade de emergência. Os atendimentos às urgências são realizados com base em protocolos e normativas elaborados previamente pelos técnicos do Siate, com a colaboração do Ministério da Saúde (CURITIBA, 2009; CURITIBA 2014b).



### **2.2.7 Atenção Hospitalar**

A Rede de Atenção Hospitalar é composta por hospitais que realizam procedimentos de saúde com maior necessidade de agregação tecnológica, e também mais custosos. Os leitos desses hospitais são cadastrados de acordo com o tipo de assistência médica oferecida, como: cirúrgicos, clínicos, complementares, obstétricos, pediátricos e especializados (CURITIBA, 2009). Os hospitais que compõem a rede são públicos, filantrópicos e privados que prestam serviços para o SUS (CURITIBA, 2014a).

Os hospitais universitários estão inseridos nos serviços hospitalares compondo as Redes de Alta Complexidade, como urgência e emergência, UTI, obstetrícia de risco, cardiovascular de alta complexidade, neurocirurgia, oncologia, transplantes, ortopedia e traumatologia, cirurgia bariátrica, entre outros, e também são vinculados a Cmums na Rede Pré-Hospitalar (CURITIBA, 2009).

Existem fluxos de acesso para atendimento hospitalar, nos quais o atendimento eletivo e a necessidade de atendimento especializado têm como porta de entrada as Unidades de Saúde. Para que uma internação eletiva seja realizada, é necessário um código de transação de uma consulta especializada para se emitir a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), e então a autorização do internamento. Para internações nos setores de Urgência e Emergência, as portas de entrada são os Cmums, os pronto-socorros habilitados na rede estadual de unidades de emergência (UE), as unidades de dor torácica habilitadas na rede estadual de atenção cardiovascular e as maternidades (CURITIBA, 2009). Há uma central de regulação de leitos hospitalares em Curitiba, a qual gerencia a ocupação dos leitos hospitalares de acordo com a necessidade do paciente, definida previamente pelos médicos das US, Caps e UPAs (CURITIBA, 2014a).

### **2.2.8 Assistência Farmacêutica no município**

A Cidade de Curitiba atualmente possui 123 farmácias destinadas ao fornecimento gratuito de medicamentos, assim distribuídas: 46 em Unidades Básicas de Saúde (UBS), 63 em UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), 9 em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e 5 em Centros Especializados (CEs). Estes equipamentos recebem apoio operacional da Coordenação de Recursos Materiais (CRM) e da Gerência de Materiais de Consumo (GMC), os quais desempenham as atividades de compra e distribuição dos medicamentos para todo o município. O elenco de medicamentos disponibilizados nestes equipamentos é denominado Farmácia Curitibana.

A frequência do farmacêutico nas UBS é um desafio, pois o número total de profissionais atuantes na Assistência Farmacêutica ainda é pequeno para a demanda, o que inviabiliza sua presença diária na maioria dos serviços.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o município conta com 127 farmacêuticos atuantes em diferentes atividades, incluindo Laboratório e Vigilância Sanitária. Sendo 31 farmacêuticos inseridos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que prestam atendimento a 109 UBS (com ou sem ESF). Cada profissional apoia mais de uma unidade de saúde, podendo chegar até cinco equipamentos, resultando em visitas semanais.

O fornecimento dos medicamentos aos pacientes fica sob responsabilidade das equipes de saúde – principalmente dos auxiliares de Enfermagem. Todas as farmácias contam com sistema eletrônico para registro em prontuário, denominado e-saúde, interligado entre toda rede municipal. O e-saúde apresenta, entre outras ferramentas, o módulo de dispensação, que permite monitoramento da movimentação do estoque de medicamentos e insumos.



# 3 Planejando a Implantação do Serviço de Cuidado Farmacêutico

O processo para a implantação do serviço foi organizado estrategicamente em duas etapas. A primeira etapa consistiu na preparação do município para o processo de implantação dos serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, realizada no período de agosto de 2013 a janeiro de 2014, e a segunda etapa na execução da implantação dos serviços propriamente ditos, realizados em fevereiro, com previsão de término em dezembro de 2014.

## 3.1 Criando Condições para a Implantação do Serviço

### 3.1.1 Criar Equipe de Condução no município com a finalidade de implantar, desenvolver e dar continuidade ao serviço

O início do projeto ocorreu com a criação da “Equipe de Condução” constituída por farmacêuticos de todas as regionais do município, e um representante da Secretaria Municipal de Saúde, com a finalidade de construir um modelo de serviço

e definir as estratégias de implantação, de desenvolvimento e de continuidade dos serviços farmacêuticos.

A Equipe de Condução realizou um total de 23 reuniões, desde a data do planejamento até o início das consultas, e foi fundamental na interlocução com os demais farmacêuticos da Atenção Básica, compartilhando as atividades propostas e ouvindo os farmacêuticos para as ações seguintes.

### **3.1.2 Sensibilizando e motivando os profissionais farmacêuticos**

Em oficina, realizada em julho de 2013, a CGAFB/DAF apresentou à SMS o Programa QualiSUS-Rede e o “Projeto-piloto de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde para implementação de serviços de clínica farmacêutica nas redes regionais de atenção à saúde.” Nessa oficina participaram todos os profissionais farmacêuticos do Município de Curitiba, professores de três universidades de Farmácia e o Conselho Regional de Farmácia.

A partir dessa Oficina, os coordenadores executivos realizaram reuniões mensais com a equipe de condução para discussão e elaboração do projeto.

A formação da equipe de condução e a sua participação em todas as etapas do projeto, o rodízio na coordenação dessa equipe e os trabalhos desenvolvidos foram fundamentais na pavimentação das condições para implantação dos serviços.

Essas atividades avançaram na discussão conceitual sobre os serviços farmacêuticos na Atenção Básica, e foram preparadas pelos coordenadores executivos discussões conceituais sobre a AF na AB e indicadores enquanto instrumento de monitoramento, avaliação e qualificação do serviço.

Os farmacêuticos da equipe de condução, enquanto representantes dos distritos, contribuíram com a difusão de informação e motivação dos colegas.

O projeto técnico elaborado foi apresentado, discutido e aprimorado com a equipe de condução e com os demais farmacêuticos da AB.

### **3.1.3 Promover diagnóstico sobre as atividades desenvolvidas e a formação do profissional farmacêutico da SMS**

Em outubro de 2013, como parte do desenvolvimento do projeto, a equipe de condução realizou um diagnóstico situacional com a finalidade de verificar quais eram as atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos, além de identificar qual era o nível de formação acadêmica destes profissionais. Para a construção deste diagnóstico, a equipe condutora aplicou um questionário a todos os farmacêuticos do Nasf, das UPAs e dos Centros de Especialidades, tabulando as respostas em gráficos.

Duas vertentes importantes foram identificadas: não havia padronização de serviços, já que os farmacêuticos desenvolviam atividades diferentes, principalmente nos distintos Distritos Sanitários. A segunda vertente, comum a todos os farmacêuticos, foi o predomínio do trabalho voltado ao aspecto logístico-administrativo do medicamento, aliado a esparsas atividades técnico-pedagógicas destinadas a grupos de funcionários ou de pacientes. Não foi identificada a realização de serviços de clínica farmacêutica.

Com relação à formação acadêmica, observou-se que 43 farmacêuticos apresentavam minimamente um curso de especialização em saúde da família/assistência farmacêutica/saúde coletiva. Esse diagnóstico clarificou as fragilidades e potencialidades do município para a implantação do serviço de clínica

farmacêutica e representou a base para a construção das subseqüentes estratégias de ação.

#### **3.1.4 Estimular a reorganização das atividades do profissional farmacêutico da Atenção Básica para incluir os serviços de clínica farmacêutica**

A partir do diagnóstico obtido, a equipe de condução discutiu a necessidade de transferir parte das atividades administrativas e de logística para a equipe de saúde, mediante prévia capacitação. O curso foi realizado em três módulos de 4 horas com emissão de certificado, pelo Centro de Educação em Saúde da SMS. Aproximadamente 500 profissionais foram capacitados, entre os quais, auxiliares de Enfermagem, auxiliares administrativos e enfermeiros, envolvendo o processo de logística, boas práticas de armazenagem e fornecimento de medicamento. O desafio de construir o serviço de clínica farmacêutica no município exigiu uma reformulação das atividades da equipe de saúde, permitindo a inclusão das consultas na agenda do farmacêutico.

Com os coordenadores executivos do projeto, a equipe de condução identificou a necessidade de liberação mínima de 8 horas semanais a cada farmacêutico para a implantação dos serviços. Antes da implantação, esse tempo foi usado para estudo das diretrizes e protocolos clínicos editados pela SMS para que cada farmacêutico pudesse se apropriar dos conteúdos destes documentos e utilizá-los na implantação dos serviços de clínica farmacêutica, entre outras fontes de consulta. O restante da carga horária permaneceria destinado à monitoração das atividades logísticas e administrativas.

A equipe de condução apontou a necessidade e solicitou a criação de um cargo de coordenação da Atenção Farmacêutica no município, tendo como parte de seus objetivos contribuir para o processo de implantação dos serviços de cuidado

farmacêutico e a sua integração com os serviços de saúde no Município de Curitiba. Em dezembro de 2013, o secretário municipal de saúde atendeu ao pleito dos farmacêuticos criando a Coordenação da Atenção Farmacêutica no Departamento Redes de Atenção à Saúde – SMS Curitiba.

É importante ressaltar que em julho de 2014, foi realizada a adequação da carga horária de trabalho, de 40 horas para 30 horas semanais, de vários profissionais da Saúde, inclusive do farmacêutico. Essa medida gerou a necessidade de a equipe de condução e a coordenação da Atenção Farmacêutica buscar a melhor adequação dos serviços implantados a essa nova realidade.

### **3.1.5 Escolha das Unidades de Saúde e disponibilização de espaço físico para a realização do serviço de clínica farmacêutica**

Após ampla discussão entre a equipe de condução e os coordenadores executivos, foi pactuado que cada profissional iniciaria o serviço de clínica farmacêutica em duas unidades de saúde, com o intuito de desenvolver o serviço de modo qualificado.

Os farmacêuticos foram os responsáveis pela seleção das unidades sede do projeto e também por pactuar, com os coordenadores locais, a disponibilização de consultórios. O local deveria compreender sala contendo mesa, cadeiras e computador com acesso ao prontuário eletrônico (e-saúde). O projeto contempla, até o momento, 56 das 109 UBS (Unidades Básicas e com Estratégias de Saúde da Família), com planos de expansão aos Centros de Especialidades e às UPAs.

### **3.1.6 Reconhecimento dos instrumentos disponibilizados no prontuário eletrônico úteis ao desenvolvimento do serviço de clínica farmacêutica**

Com a finalidade de conhecer as ferramentas disponíveis no prontuário eletrônico (e-saúde) que poderiam ser úteis ao desenvolvimento dos serviços de clínica



farmacêutica, a SMS realizou uma capacitação para os farmacêuticos. O curso abrangeu o conhecimento de funcionalidades que até então era desconhecido por estes profissionais pelo fato de não haver a necessidade de sua utilização, tais como: agendamento, registros de realização de consultas, emissão de declarações de comparecimento, entre outros.

### 3.2 Elaboração do Projeto Técnico

Para a elaboração do projeto técnico foram realizadas as seguintes atividades:

- a. Contratar supervisores técnicos com capacidade e experiência na implantação de serviços de clínica farmacêutica para elaboração do projeto técnico, capacitação do farmacêutico e implantação dos serviços.**

Os coordenadores executivos elaboraram o termo de referência (TR) – Anexo A – para a contratação dos supervisores técnicos prevista no projeto-piloto de cuidado farmacêutico na Atenção Básica, com o contrato efetivado do primeiro em dezembro e do segundo em fevereiro.

Após a contratação, os coordenadores executivos apresentaram o projeto QualiSUS-Rede e a proposta de projeto-piloto aprovada aos supervisores técnicos, com a finalidade de apontar as diretrizes e os requisitos para elaboração do projeto técnico do processo de implantação dos serviços de cuidado farmacêutico no município.

## **b. Elaboração do projeto**

O projeto técnico de implantação de serviços de cuidado farmacêutico foi elaborado pelo supervisor técnico contratado, conforme Caderno 2, contendo proposta de atividade assistencial, atividade técnico-pedagógica, instrumentos técnicos necessários aos serviços e aos indicadores, considerando as diretrizes propostas e o diagnóstico realizado pela equipe de condução.

### **3.2.1 Apresentação, discussão e aprimoramento do projeto técnico para implantação dos serviços de cuidado farmacêutico**

A apresentação, a discussão e o aprimoramento do projeto técnico foram realizados pelos supervisores técnicos do projeto, apoiadores regionais e pelos farmacêuticos em reuniões da gestão dos níveis centrais e distritais. Esta estratégia possibilitou maior visibilidade ao serviço que seria implantado, respaldando o desenvolvimento das ações, além de fortalecer e empoderar os farmacêuticos para a reorganização das suas atividades. Nas unidades de saúde, esta função foi desempenhada pelos farmacêuticos com as equipes locais.

### **3.2.2 Sensibilizando a equipe de saúde e os gestores**

A sensibilização da equipe de saúde é uma estratégia fundamental para a integração dos serviços de cuidado farmacêutico às ações e aos serviços de saúde.

A primeira atividade dessa estratégia foi a realização de uma pesquisa pelos farmacêuticos da AB com os profissionais da equipe de saúde sobre o conhecimento e a opinião destes sobre os serviços da Assistência Farmacêutica na AB, com a finalidade de promover uma aproximação dos farmacêuticos com a equipe, possibilitando também a troca de informações.

A segunda atividade consistiu em apresentar o projeto técnico de implantação dos serviços de clínica farmacêutica para o conhecimento da equipe, bem como a discussão e o aprimoramento da proposta, tendo como objetivo propiciar o entendimento sobre o serviço e a sua contribuição no trabalho da equipe. Essas apresentações foram realizadas no colegiado da SMS, nos nove distritos de saúde do município e no Conselho Municipal de Saúde.

### **3.2.3 Elaboração de curso de capacitação**

O curso de capacitação foi elaborado pelos supervisores técnicos considerando dois objetivos:

- Capacitação para o desenvolvimento dos serviços de clínica farmacêutica e que possam ser reproduzidos no âmbito das RRAS.
- Capacitação para o desenvolvimento de atividades técnico-pedagógicas com a equipe de saúde e a comunidade e que possam ser reproduzidos no âmbito das RRAS.

O curso foi estruturado em três diferentes estratégias pedagógicas:

- Capacitação presencial, em sala de aula, realizada por supervisores e apoiadores contratados, em três etapas num total de 40 horas.
- Capacitação por supervisão direta no serviço totalizando 24 horas realizadas pelos apoiadores contratados.

- Realização de encontros quinzenais de um apoiador com seus farmacêuticos supervisionados para discussão de casos clínicos, totalizando 24 horas e encontros com todos os farmacêuticos supervisionados para discussão da capacitação e apresentação de temas específicos.

O detalhamento desta etapa está presente no Caderno 2: *Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica*.



# 4 Implantando os Serviços de Cuidado Farmacêutico

## 4.1 Capacitando os profissionais farmacêuticos

Considerando as diretrizes apontadas para a implantação dos serviços, foi elaborado, pelos coordenadores executivos, o termo de referência (TR) – Anexo B – para a contratação de três apoiadores regionais capacitados e com experiência no desenvolvimento de serviços de clínica farmacêutica. Foram contratados três farmacêuticos clínicos para apoiar a atividade de capacitação dos farmacêuticos da Atenção Básica e o desenvolvimento dos serviços, por meio da capacitação presencial, da supervisão direta na implantação dos serviços, da discussão de casos clínicos em grupo e de encontros gerais para discussão de temas e avaliação da capacitação.

Os coordenadores executivos com os supervisores técnicos apresentaram aos apoiadores o Projeto QualiSUS-Rede e o projeto de cuidado farmacêutico a ser implantado no Município de Curitiba devido sua importância no programa Qualifar-SUS.

Os apoiadores regionais foram apresentados à equipe de condução, sendo discutida e aprovada a organização de suas atividades. A cada apoiador foi atribuída a responsabilidade de supervisionar a implantação de serviços de clínica farmacêutica em três distritos, constituídos em média por dez farmacêuticos.

A capacitação foi realizada para 45 farmacêuticos, considerando 30 farmacêuticos da Atenção Básica/Nasf e os demais farmacêuticos da Farmácia Popular de rede própria, das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), dos Centros de Especialidades e do Hospital do Idoso Zilda Arns existentes no município. Considerando a necessidade de manter os serviços farmacêuticos em funcionamento e os aspectos pedagógicos do curso, a capacitação foi realizada separadamente em dois grupos.

Um estudo dirigido foi elaborado pelo supervisor técnico com o propósito de recuperar o conhecimento dos farmacêuticos em farmacoterapia, acessar informações sobre saúde baseadas em evidências e facilitar o processo de capacitação para o método clínico.

Para o desenvolvimento do estudo dirigido proposto, os farmacêuticos utilizaram as horas disponibilizadas para a implantação dos serviços de clínica farmacêutica. O detalhamento desta atividade consta no Caderno 2.

## **4.2 Agendamento de paciente para o novo serviço**

O agendamento de pacientes para o início do serviço de clínica farmacêutica foi realizado a partir de duas estratégias principais: busca ativa pelo farmacêutico e indicações vindas das equipes de saúde. A busca ativa foi possível a partir de uma

listagem de usuários – disponibilizada pelo setor de Tecnologia de Informações da SMS. A lista, extraída do banco de dados do prontuário eletrônico, relacionava os pacientes que retiraram cinco ou mais medicamentos nas UBS, nos meses de dezembro/2013 a março/2014, atendendo a proposta aprovada de priorização de pacientes a serem selecionados. Os pacientes também foram indicados por diversos profissionais – médicos, enfermeiros, auxiliares de Enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais integrantes das equipes Nasfs.

### **4.3 Implantando o serviço de clínica farmacêutica**

Na elaboração e na discussão do projeto foi definida a priorização no atendimento dos pacientes pelos serviços de clínica farmacêutica. A proposição teve como objetivo de um lado antecipar a organização do agendamento e de outro lado a definição do tipo de capacitação a ser desenvolvido. O instrumento utilizado para classificação de risco para problemas relacionados aos medicamentos (PRM) é abordado em detalhes no Caderno 2.

A implantação ocorreu logo após a primeira etapa de capacitação dos farmacêuticos. Considerando o nível de complexidade dos pacientes atendidos e a etapa de aprendizagem dos farmacêuticos, foi proposto, inicialmente, o atendimento mínimo de quatro pacientes por um período de quatro horas. Essa meta foi revista em maio para, no mínimo, três atendimentos para retomar a meta inicial em julho. A avaliação inicial aponta relatos de articulação com a equipe de saúde, encaminhamento pela equipe de pacientes para atendimento pelo profissional farmacêutico, relato de satisfação do usuário com o atendimento e relato de satisfação do farmacêutico na execução do serviço.



## 4.4 Implantando as atividades técnico-pedagógicas

A proposta de atividade técnico-pedagógica presente no projeto inicial foi discutida com a equipe de condução e supervisores técnicos apontando para a criação dos comitês de uso racional de medicamentos (Curames) a serem desenvolvidos em cada macrorregião de saúde. Foi definida sua constituição e a necessária elaboração de um estatuto para regulamentar seu funcionamento, por meio de uma portaria aprovada pelo município (Anexo C).

Será desenvolvida a prática de divulgação científica, realizada por farmacêutico, a outros profissionais da saúde, principalmente a médicos e enfermeiros, com a finalidade de difundir informações baseadas em evidências para a promoção do uso racional de medicamentos. O detalhamento desta etapa está presente no Caderno 2 sobre “Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica”.

### 4.4.1 Registrando o atendimento

O atendimento dos pacientes é registrado em um formulário elaborado no projeto técnico e digitado no FormSUS, um programa desenvolvido para a criação de formulários, agilizando o processo de armazenamento de dados do paciente e gerando relatórios para obtenção de indicadores de utilização, de avaliação e de impacto dos serviços implantados.

### 4.4.2 Disseminando informações e tecnologias sociais

Enquanto diretriz do projeto e compromisso com o QualiSUS-Rede, foram elaborados quatro cadernos técnicos que relatam todo processo de planejamento, de implantação, de monitoramento, de resultados e de avaliação dos serviços de cuidado farmacêutico, que esta experiência poderá ser reproduzida no âmbito das RRAS.

O primeiro caderno aponta as bases conceituais consideradas para a implantação, o monitoramento, a avaliação e a qualificação dos serviços farmacêuticos nas Redes Regionais de Atenção à Saúde visando ao acesso e ao uso racional de medicamentos para a melhoria da integralidade e da resolutividade das ações de saúde.

O segundo caderno detalha a capacitação realizada para os farmacêuticos da Atenção Básica com a finalidade de desenvolver competências e habilidade para implantação dos serviços de clínica farmacêutica no Município de Curitiba.

O terceiro caderno relata a experiência do Município de Curitiba na implantação do cuidado farmacêutico na Atenção Básica.

O quarto caderno tem por finalidade apresentar os resultados obtidos neste projeto.

Os coordenadores executivos apresentaram para a equipe de condução, para os supervisores técnicos e os apoiadores uma proposta de divulgação do projeto de implantação dos serviços, por meio de publicação de resultados parciais no 5º Congresso Brasileiro de Uso Racional de Medicamentos (URM). A proposta aprovada resultou na definição e na elaboração de trabalhos pelos farmacêuticos do município, sob a supervisão dos apoiadores regionais destes trabalhos para publicação no referido congresso, totalizando o aceite e a publicação de 14 trabalhos desenvolvidos neste projeto (Anexo D).



# 5 Experiência do Grupo Responsável pela Implantação do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

## 5.1 Relato da Equipe de Condução

1. Beatriz Ribeiro Ditzel Patriota – Distrito Sanitário Cajuru
2. Cristiane Maria Chemin – Distrito Sanitário Portão
3. Daniele Chaves Cordeiro dos Santos – Distrito Sanitário Pinheirinho
4. Edson Natal Parise – Distrito Sanitário Bairro Novo
5. Elayne Cristina Busmayer – Distrito Sanitário Santa Felicidade
6. Linda TiekokakitaniMorishita – Distrito Sanitário Boa Vista
7. Marília Chinasso – Distrito Sanitário Boa Vista
8. Marina Miyamoto – Distrito Sanitário Cajuru
9. Patricia Bach – Distrito Sanitário Boa Vista
10. Rafael Bobato – Distrito Sanitário Matriz

11. Rosângela de Oliveira Amorim – Distrito Sanitário Boqueirão

12. Rosimeire Ferreira da Costa – Distrito Sanitário CIC

13. Silmara Simioni – Distrito Sanitário Boa Vista

Coordenada por (rodízio): Beatriz Ribeiro Ditzel Patriota, Cristiane Maria Chemim, Marília Chinasso e Silmara Simioni.

### **Atividades importantes na implantação do serviço**

- O olhar visionário da Gestão, principalmente do secretário e dos gestores da SMS, significou para o farmacêutico a confiança necessária para exercer atividades relativas ao cuidado clínico do paciente com a equipe multidisciplinar.
- O cuidado ao paciente não deve ser limitado à entrega do medicamento, mas necessita compreender as dificuldades individualizadas e abranger a visão holística de suas condições socioeconômicas e culturais.
- A criação da equipe condutora (com representantes de cada distrito sanitário) foi essencial para a implantação e a condução do projeto. O comprometimento de seus membros foi fundamental para a execução das tarefas: diagnóstico da assistência farmacêutica, reestruturação da logística de medicamentos, sensibilização dos demais farmacêuticos, solução de problemas após a implantação do projeto, entre outras.
- O empoderamento dos auxiliares de farmácia, referência das farmácias, por intermédio da transferência de atividades de logística e de capacitação, assim como o entendimento das equipes sobre a

importância do cuidado farmacêutico foram importantes para que os farmacêuticos pudessem se dedicar às consultas individualizadas.

- Para a padronização e a qualificação das consultas, a realização de capacitações pelos supervisores e apoiadores contratados pelo Ministério da Saúde (MS), direcionadas aos farmacêuticos, foi fundamental. Conhecimentos teóricos, técnicas de condução das consultas, discussão de casos foram alguns dos temas abordados. Porém, a carga horária foi insuficiente para padronizar todas as ações, como por exemplo, o preenchimento do formulário da consulta e o registro do SOAP no prontuário eletrônico.
- O trabalho dos apoiadores presentes durante as consultas foi essencial para o aprendizado, acompanhamento e desenvolvimento do raciocínio clínico necessário ao serviço de clínica farmacêutica, além de contar com profissionais com experiência na atividade que pudessem orientar para a resolução de problemas e para busca de fontes confiáveis de consulta. Porém, fica claro que é apenas com a continuidade do serviço e com o acúmulo de experiência no “aprender fazendo” que se adquirem desenvoltura e as habilidades necessárias para uma boa consulta farmacêutica.
- A continuidade do serviço e planejamento futuro.

Chegando ao final do período determinado para implantação do projeto, foi necessário planejar ações de fortalecimento e de consolidação do serviço implantado. Para tanto, o grupo condutor aplicou novo questionário aos farmacêuticos e uma vez respondido, foi possível a realização de um diagnóstico referente ao projeto de

clínica farmacêutica implantado. Esse instrumento possibilitou elaborar proposta contemplando o plano de ação das atividades que garantissem a continuidade do serviço após a finalização do projeto, bem como, o planejamento de ações para o aumento da resolutividade e a ampliação do serviço de clínica farmacêutica no município.

- Conclusão:

No decorrer das consultas algumas dificuldades foram vivenciadas, tais como, conciliação das atividades de logística com o serviço de clínica, inexperiência em raciocínio clínico e farmacológico, formulário da consulta muito extenso, falta de informações no prontuário eletrônico quando o paciente é atendido pela rede conveniada, escassez de computadores e dificuldade de acesso à internet para estudo de casos, dificuldades na disponibilização de consultórios (mesmo que pactuados) e desafio da captação de pacientes para o serviço. Apesar destas e de outras dificuldades encontradas, as consultas estão sendo realizadas para resolução dos problemas detectados. Os usuários atendidos têm se mostrado acessíveis e satisfeitos com o novo serviço ofertado, o que proporciona alto grau de satisfação aos profissionais. A discussão das barreiras superadas pelos profissionais serve de alicerce e norte para futuras ações dentro da Assistência Farmacêutica do município.

## **5.2 Relato da Coordenação da Atenção Farmacêutica**

Beatriz Ribeiro Ditzel Patriota

“Da necessidade de sua criação ao desafio da gestão”

A Assistência Farmacêutica na atenção básica no Município de Curitiba ganha uma nova amplitude a partir do início da implantação dos serviços de clínica farmacêutica em 2013. Até então as orientações, as normatizações e as diretrizes que chegavam aos profissionais farmacêuticos eram originadas a partir da Coordenação de Recursos Materiais da Assistência Farmacêutica, que, como o nome sugere, tem o papel de ser um referencial, mormente relacionado ao medicamento enquanto insumo, característica que a partir deste momento se tornaria insuficiente para apoiar ou nortear o novo serviço de clínica farmacêutica da SMS, que vai além do acesso ao medicamento.

A cada fase da implantação do projeto, os farmacêuticos sentiam a necessidade de se reportar a uma instância no organograma da Secretaria Municipal de Saúde que tivesse o papel de produzir a interlocução com a gestão do cuidado em saúde diante dos novos avanços e desafios.

Destacamos, no entanto, que as ações ligadas à logística do medicamento não poderiam ser negligenciadas pelo farmacêutico, uma vez que o acesso ao medicamento e o cuidado para o uso dele contribuem de maneira importante para o desenvolvimento da integralidade e da resolutividade das ações de saúde.

Dessa forma, surgiu um movimento natural entre os farmacêuticos participantes do projeto e particularmente do “grupo condutor”, reivindicando a inclusão no organograma da SMS, de uma Coordenação da Atenção Farmacêutica, descolada da Coordenação de Recursos Materiais, dedicada à logística do medicamento. Embora uma coordenação fosse mais voltada ao medicamento e a outra, ao paciente, ambas estariam trabalhando de modo articulado superando as dificuldades e fortalecendo o desenvolvimento dos serviços de Assistência Farmacêutica que agora adquiriria um sentido ampliado na SMS de Curitiba, muito além do ciclo



logístico que limitava as ações do farmacêutico da Atenção Básica, até a entrega do medicamento ao usuário do sistema.

Considerando o trabalho realizado pelos farmacêuticos e a compreensão do secretário Municipal de Saúde sobre a necessidade destes novos serviços, foi autorizada a inserção da Coordenação da Atenção Farmacêutica em uma diretoria da Secretaria Municipal de Saúde.

Esta nova coordenação foi incorporada ao Departamento de Redes de Atenção Primária (DRAS) por entender a importância de sua integração com outros serviços assistenciais como unidades de pronto atendimento, hospitais municipais, entre outros.

A partir da autorização para se criar esta coordenação e, por consenso entre o grupo, foi indicado um nome para ela. E, em final de dezembro de 2013, uma farmacêutica foi conduzida ao cargo de Coordenação da Atenção Farmacêutica da SMS de Curitiba.

Por não haver modelo consolidado no qual se espelhar, o papel da nova coordenação e a definição das competências de característica essencialmente inovadora no âmbito da Atenção Primária, vão sendo construídos, gradativamente, com a gestão e os demais colegas de acordo com o amadurecimento da equipe frente à redefinição do papel do farmacêutico, sua relação com o paciente e ainda quanto às novas perspectivas e responsabilidades como membro da equipe de saúde e seu papel no uso racional e apropriado dos medicamentos.

A Coordenação da Atenção Farmacêutica inicialmente tenciona promover um planejamento de ações que propicie a continuidade na implantação e a integração

de novas práticas aos serviços de saúde do município. A proposta de organização e continuidade para os processos de trabalhos pretende:

- Elaborar indicadores do cuidado farmacêutico para avaliação de resultados.
- Apresentar e discutir com os farmacêuticos e a equipe de saúde os resultados obtidos.
- Propor metas de qualificação dos serviços.
- Organizar um processo de capacitação de novos profissionais para o serviço de cuidado farmacêutico.
- Realizar a coordenação-geral dos Comitês de Uso Racional de Medicamentos (Curames).
- Pactuar com a gestão novas ações e necessidades.
- Promover a interlocução entre a alta gestão e os farmacêuticos clínicos.

### **5.3 Relato do Representante da SMS de Curitiba**

Luiz Armando Erthal

Uma das primeiras iniciativas do grupo gerencial que assumiu a direção da Secretaria Municipal de Saúde em Curitiba, no ano de 2013, foi a de realizar um

diagnóstico da situação da assistência farmacêutica no município. Para realizar esta tarefa, o secretário Municipal de Saúde organizou em seu gabinete uma sala de situação para acompanhar a questão do abastecimento de medicamentos da rede municipal de saúde e o controle da distribuição e uso destes insumos. Nesta sala de situação, foi verificado que além de organizar a cadeia de seleção, aquisição, distribuição e prescrição de medicamentos, havia também a necessidade de se reestruturar todo o processo de trabalho dos farmacêuticos que atuavam na Atenção Primária em Curitiba. Um grupo de trabalho composto por estes farmacêuticos foi organizado então para propor sugestões para a organização da assistência farmacêutica no município. O secretário acompanhou passo a passo este processo por meio de relatos e debates realizados nas reuniões do colegiado de gestão que, semanalmente, discute a administração do SUS Curitiba. Esse colegiado composto pelos superintendentes (executivo e de gestão), diretores e chefes de departamento, bem como pelos diretores dos nove distritos sanitários em que se divide Curitiba, foi peça chave neste processo de reorganização da assistência farmacêutica, pois deu o respaldo político e administrativo para que as mudanças necessárias acontecessem.

Além destas discussões do colegiado e do grupo de trabalho, foram organizadas oficinas com a participação de técnicos do Ministério da Saúde e de todos os farmacêuticos da rede de serviços do município, nas quais se discutiram sobre a análise da situação e a organização da assistência farmacêutica e debateram propostas de intervenção técnica para reorganização do processo de trabalho dos farmacêuticos na Atenção Primária. Estas oficinas foram espaços democráticos onde todos os farmacêuticos puderam se manifestar, fazer críticas e propostas de melhoria.

Com o progresso de várias ações de organização da logística dos medicamentos, sentiu-se também a necessidade de atuação dos farmacêuticos na área clínica. A gestão municipal, entendendo que este é um espaço importante para o fortalecimento da atenção primária, apoiou o desenvolvimento de um projeto-piloto, de iniciativa do Ministério da Saúde, para a implantação de serviços de cuidado farmacêutico no SUS Curitiba. A partir do desenvolvimento deste projeto e da ação dos farmacêuticos na reestruturação de seus processos de trabalho, a gestão entendeu a necessidade da criação de um espaço institucional na Secretaria Municipal de Saúde para dar continuidade a este trabalho, e assim foi criada a Coordenação de Atenção Farmacêutica, vinculada à Diretoria de Redes de Atenção para dar suporte a estas atividades.

Os serviços de Cuidado Farmacêutico implantado na rede de saúde de Curitiba contribuem para promover o uso racional de medicamentos, o fortalecimento da atenção primária, a integração à rede de saúde no sentido de melhorar e qualificar o acesso a medicamentos em nossa cidade.

#### **5.4 Relato dos Farmacêuticos Apoiadores Regionais**

O principal objetivo do apoiador é de natureza didática, visando fornecer ferramentas teóricas e práticas aos farmacêuticos para que sejam capazes de desenvolver as competências necessárias para realização de um serviço clínico de qualidade, resolutivo e que acolha o paciente, gerando um laço terapêutico que resulte em um acompanhamento periódico. O apoiador desenvolve um trabalho inserido na prática cotidiana desses profissionais, buscando melhorar as competências clínicas, além da capacidade de organização e documentação do processo de trabalho. Para tanto, os apoiadores devem ser capazes de promover

episódios de capacitação coletiva com exposição de teoria, discussão de casos, auxílio na compreensão e no preenchimento de formulários e no treinamento continuado durante os períodos de acompanhamento de consultas clínicas.

Outro objetivo importante está relacionado a um suporte psicológico e comunicacional. Segundo nosso entendimento, a graduação de farmácia no Brasil ainda não forma o farmacêutico com a competência clínica mínima necessária para realizar atendimento farmacêutico no contexto do cuidado em APS. Portanto, realizar consulta farmacêutica é um desafio para os profissionais acostumados a desenvolver apenas atividades associadas à logística de medicamentos. Por isso, a presença do apoiador, durante o processo inicial de atendimentos, é fundamental para o sucesso e a perpetuação do serviço de cuidado farmacêutico.

Durante o acompanhamento, foi possível observar grande evolução dos farmacêuticos participantes do projeto-piloto para implantação do serviço de clínica farmacêutica no que diz respeito às atitudes, aos conhecimentos e às habilidades clínicas necessárias para o desenvolvimento do serviço. No início do projeto, as dificuldades no desenvolvimento da entrevista clínica, coleta dos dados dos pacientes, avaliação das condições de saúde e da farmacoterapia dos pacientes, elaboração do plano de cuidados, interação com a equipe multidisciplinar, acompanhamento nas consultas de retorno e registro das informações eram evidentes. As dificuldades relacionadas à coleta dos dados e ao registro das informações foram resolvidas, e foi possível observar um avanço significativo na avaliação das condições de saúde e tratamentos (farmacológicos e não farmacológicos) e na elaboração do plano de cuidados para resolução dos problemas identificados. Os obstáculos relacionados ao acompanhamento individual do paciente por meio de consultas de retorno, interação com a equipe multidisciplinar para resolução dos problemas e realização de intervenções voltadas ao matriciamento são as principais dificuldades a

serem superadas pela maior parte dos farmacêuticos atuantes no serviço. Apesar da necessidade de superação de algumas dificuldades ainda existentes e de aperfeiçoamento de competências necessárias para melhoria do serviço, muitos farmacêuticos demonstraram uma importante evolução da prática clínica baseada em evidências e adequada identificação, da resolução e prevenção dos problemas relacionados à farmacoterapia dos pacientes, visando à melhoria do processo de uso de medicamentos, aos resultados em saúde e à qualidade de vida dos pacientes.

Os principais problemas encontrados pelos farmacêuticos durante o projeto estiveram relacionados à limitação de tempo dos farmacêuticos para realizarem atividades referentes ao serviço de clínica farmacêutica como: busca ativa e agendamento dos pacientes, coleta e análise dos dados dos pacientes no sistema antes da consulta, tempo de consulta, análise, evolução e registro da consulta, estudo das evidências a respeito das condições de saúde e tratamentos e discussão dos casos com a equipe. Adicionalmente, houve problemas relacionados à efetivação tardia do serviço em algumas unidades de saúde devido a problemas institucionais e estruturais.

O trabalho do apoiador é fundamental no processo de implantação de um serviço clínico no âmbito da APS para que o cuidado farmacêutico venha a se perpetuar como uma área de atuação perene do serviço oferecido aos usuários do Sistema Único de Saúde, em um contexto em que o uso inadequado de medicamentos e os problemas relacionados à farmacoterapia continuarem a se configurar como uma ameaça à saúde e à qualidade de vida do paciente.

O serviço de clínica farmacêutica é de fundamental importância no processo de cuidado dos pacientes na atenção primária à saúde diante da alta prevalência de morbimortalidade relacionada a medicamentos. Tal serviço supre uma lacuna

importante do cuidado por meio de atividades voltadas à melhoria no processo de uso de medicamentos e à otimização da farmacoterapia, mediante a interação com o paciente e com outros profissionais da saúde, objetivando o alcance de ótimos resultados terapêuticos e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Adicionalmente, a aproximação com a equipe de saúde e, principalmente, com os pacientes, trouxe uma ressignificação da autoimagem do farmacêutico como profissional de saúde.

O projeto-piloto para a implantação do serviço de clínica farmacêutica nas unidades de saúde de Curitiba possui uma importância adicional por ser pioneiro e modelo no contexto da atenção primária à saúde em plano nacional, possibilitando o aperfeiçoamento do processo de implantação e de avaliação deste serviço.

### **5.5 Relato dos Supervisores Técnicos**

O desafio apresentado aos supervisores técnicos do projeto, desde nosso envolvimento entre os meses de dezembro de 2013 e janeiro de 2014, foi a elaboração e a supervisão da execução de um projeto consistente do ponto de vista técnico-científico e que fosse capaz de transformar o processo de trabalho dos farmacêuticos do Nasf. Além disso, desde o início, tínhamos a consciência da importância deste projeto, a fim de demonstrar a viabilidade da implantação de serviços de clínica farmacêutica em um município de grande porte, sendo um exemplo para todo o Brasil. Para tanto, precisávamos inovar nos processos de trabalho, na forma de preparar e acompanhar estes farmacêuticos ao longo de todo projeto, bem como alcançar resultados, tão aguardados por interessados no tema da assistência farmacêutica em todo País. Nossos desafios estavam, portanto,

na elaboração do projeto técnico, na capacitação dos farmacêuticos e na criação de uma cultura operacional que privilegie o cuidado aos pacientes, em vez dos processos de gestão de materiais.

**O primeiro desafio: a elaboração do projeto técnico.** Este projeto consistiu na definição operacional do qual seria o público-alvo na configuração do cuidado farmacêutico nas unidades de saúde, no relacionamento deste serviço com outros da Rede Municipal e na metodologia para avaliação dos seus resultados.

Inicialmente, a seleção do público-alvo foi amplamente discutida e estivemos frente a diferentes abordagens possíveis: trabalhar com pacientes com uma doença específica (p.ex.: diabetes, tuberculose)? Trabalhar apenas com idosos? Trabalhar com usuários de um ou mais medicamentos específicos (p.ex.: insulina, digoxina, saúde mental)? Trabalhar com pacientes polimedicados? O resultado da discussão levou-nos ao caminho aparentemente mais complexo, mas com o tempo se mostrou o mais acertado: trabalhar com pacientes polimedicados e que possuíam alto risco para problemas relacionados à farmacoterapia. São estes pacientes que estão no topo da pirâmide de necessidades relacionadas à assistência farmacêutica, e que também representam os maiores consumidores de recursos em saúde. São os que sofrem maior número de hospitalizações por ano, os que têm mais problemas de adesão ao tratamento e os que se encontram, mais comumente, em situação de fragilidade assistencial. O tempo mostrou que essa foi uma decisão acertada. Não houve dificuldade em apresentar a gestores, diretores, gerentes de unidades e demais profissionais da saúde a relevância de se criar um novo serviço para esta população e o de mais-valia trazido pelo farmacêutico a todo sistema, ao atender de forma diferenciada estes pacientes. Por outro lado, o desafio estava em preparar farmacêuticos com limitada experiência clínica e praticamente nenhuma experiência de consultório a trabalharem com pacientes da mais alta complexidade.



Porém este desafio mostrou-se, posteriormente, menor do que intuímos no início do projeto, conforme discutiremos na parte de capacitação.

A configuração do cuidado farmacêutico nas unidades foi o segundo ponto importante da elaboração do projeto técnico. Os farmacêuticos do Nasc no Município de Curitiba acumulavam boa experiência com atividades técnico-pedagógicas, tanto voltadas à equipe como à comunidade, e esse foi nosso ponto de partida. Exemplos dessas atividades incluíam trabalhos com treinamento de auxiliares de farmácia e agentes comunitários, participação em reuniões de equipe, trabalhos com grupos de pacientes, visitas domiciliares, educação sanitária em tabagismo, tuberculose, asma, entre outras iniciativas valiosas, mas, de certa forma, isoladas e espalhadas pelo município. Em nossa percepção, faltava uma unidade e uma visibilidade ao trabalho dos farmacêuticos no município. Era preciso avançar em um modo diferente de trabalho em saúde para alcançar os objetivos do projeto-piloto. O caminho foi a criação clara e explícita de consultórios farmacêuticos nas unidades de saúde e de um serviço de clínica farmacêutica coeso, que pudesse comunicar abertamente à equipe e aos usuários qual seria a nova forma de atuar dos farmacêuticos. Este foi um momento crítico na definição do projeto, dadas as dificuldades de implantação, espaço físico e treinamento. Por outro lado, tínhamos clara visão de que a verdadeira transformação na prática desses farmacêuticos teria que se dar de dentro para fora. Em outras palavras, de dentro do consultório para as “bordas” do cuidado farmacêutico. A implantação da consulta farmacêutica demonstrou possuir o poder de ressignificar a visão dos profissionais sob vários aspectos. A visão do farmacêutico sobre o trabalho do médico e dos demais profissionais da saúde que atendem em consultório. A visão sobre as habilidades e conhecimentos necessários para um verdadeiro farmacêutico clínico de ambulatório. E, mais importante, a visão sobre o paciente, suas necessidades de acolhimento e cuidado. Nossa crença continua sendo de

que todas as práticas do cuidado farmacêutico só poderão alcançar seu máximo potencial, caso a prática cotidiana da consulta farmacêutico-paciente, ocorrendo em consultório na unidade de saúde e nos domicílios, torne-se uma realidade na rotina do farmacêutico. Do ponto de vista da gestão da clínica, acreditamos que os serviços de clínica farmacêutica consistem em uma tecnologia poderosa, capaz de promover uma gestão da farmacoterapia muito mais eficiente e articulada com outras tecnologias de microgestão, como a gestão da condição de saúde, a gestão de casos e as diretrizes clínicas. Para os pacientes polimedicados, não é possível alcançar os resultados de que precisamos, enquanto sistema de saúde, sem aplicar, de forma sistêmica, tecnologias como essa. A experiência de Curitiba tem nos mostrado isso dia após dia. Mais detalhes sobre nossa experiência no funcionamento e os resultados deste serviço podem ser lidos no Caderno 2: *Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica*, e no Caderno 4, que trata dos resultados da experiência de Curitiba.

**O segundo desafio: a capacitação dos profissionais.** Na nossa discussão inicial, a respeito da necessidade de capacitação, sempre envolvendo o grupo condutor e os consultores do Ministério da Saúde, eram tópicos presentes a necessidade de formação na área de farmacologia e a questão da carga-horária necessária de curso para implantação dos serviços. No entanto, nossa experiência pregressa como educadores, principalmente em pós-graduação, mostrava-nos algo diferente. Primeiro que o gargalo de formação não estava na farmacologia ou no estudo dos medicamentos. Segundo que não haveria carga-horária teórica ou teórico-prática possível, capaz de preparar os farmacêuticos para iniciar o serviço. Já havíamos presenciado diversas experiências anteriores falharem, por estarem assentadas nestas duas premissas. Novamente, era preciso pensar para “fora da caixa” e buscar formas de inovar o processo de capacitação desses profissionais. Nossa estratégia foi enfatizar a formação em conteúdos voltados à farmacoterapia (em seu sentido

mais amplo) e ao conhecimento das doenças, mas totalmente direcionados para a execução de uma consulta farmacêutica de alta *performance*. Usamos o termo *alta performance* para nos referirmos a uma consulta capaz de organizar, de forma sistemática, todas as condições de saúde e as queixas do paciente, todos os medicamentos em uso, além de identificar todos os problemas da farmacoterapia existentes e traçar um plano de curto e médio prazos para solução e gerenciamento desses problemas. Ou seja, uma consulta capaz de abordar a questão da adesão ao tratamento de uma forma inédita, sob o ponto de vista do paciente. Buscávamos proporcionar ao usuário uma nova experiência dentro do SUS. Experiência essa muitas vezes compartilhada pelos pacientes na seguinte fala: “eu nunca havia sido tão bem atendido. Nunca havia tido a oportunidade de conversar tão abertamente sobre meus medicamentos como nesta consulta”.

Para atingir este alto padrão de resultado, sabíamos que a questão “tempo de capacitação” seria essencial. Seria preciso trabalhar o desenvolvimento desses profissionais de maneira prática e aplicável, mirando resultados em longo prazo, ainda que os resultados de curto prazo possam também ser verificados. Para tanto, optamos por um processo de capacitação distribuído ao longo de todo projeto e da prática do serviço. Foi a lógica de “implantar para formar”, em vez de “formar para implantar”. Além disso, desenhamos o processo de capacitação baseado em metodologias ativas e centrado no aluno, utilizando técnicas de PBL (Problem-Based Learning), prática supervisionada, estudos de caso (ligados a problemas de uso irracional de medicamentos) e seminários integrativos. Este foi um processo que, ainda tenha nascido da iniciativa dos supervisores técnicos, não teria tido êxito, não fosse o empenho, o talento e a iniciativa dos apoiadores regionais, que foram responsáveis pela aplicação da maior parte das capacitações presenciais e do ensino direto dentro dos consultórios. Destacamos também a importância da organização dos profissionais em grupos, em que o suporte interindividual tem sido indispensável

para fazer avançar o conhecimento e preservar a motivação. Como já referido, mais detalhes sobre este processo estão publicados no Caderno 2.

**O terceiro desafio: criando uma nova cultura operacional.** Este é, sem dúvida, o maior desafio de todos, pois não se cria uma cultura em meses. Uma cultura operacional é resultado de um processo de anos, muitas vezes de gerações. Neste projeto, deparamo-nos com diversas culturas operacionais que representavam, e ainda representam, verdadeiras barreiras, que dificultam o uso racional de medicamentos e limitam o avanço nos níveis de saúde da população. Culturas operacionais no interior do serviço público e do próprio SUS. Culturas operacionais advindas da formação profissional tecnicista, da visão centrada no medicamento, da “visão logística do mundo,” do corporativismo e da dificuldade de colaboração com os demais profissionais. Estas culturas foram de encontro ao novo processo de trabalho proposto: centrado no paciente, no compartilhamento de informações, no trabalho em equipe. Foram de encontro à disciplina necessária à prática do consultório. Para nós, um dos maiores aprendizados e alegrias deste projeto foi participar e assistir a verdadeiras “revoluções” ocorridas nas atitudes, nos pensamentos e nos comportamentos de vários farmacêuticos, como resultado deste “confronto”. Assistir ao nascimento de um grupo capaz de transformar sua realidade, por seus próprios meios, contando, apenas, com o apoio e o suporte umas das outras. Mais do que nunca, temos a clareza da percepção de nosso papel de facilitadores, enquanto profissionais que possuíam a experiência pregressa de ter vivido exatamente este mesmo processo transformador, que se dá pela prática do “cuidar do outro”. Mesmo a chamada “vontade política” mostrou ser muito mais um resultado de diversos movimentos no interior dos serviços do que propriamente a causa master das mudanças que pretendíamos fazer acontecer. Cabe acrescentar que nosso relato de experiência neste quesito se encontra em andamento, uma vez

que continuamos a apoiar e a nos integrar ao processo transformador do projeto de Curitiba, já que seus limites devem ultrapassar a duração deste projeto-piloto.

Por fim, gostaríamos de relatar nossa realização pela participação nesta história. Sabemos que tudo é só o começo, mas já podemos ver com clareza o nascimento de uma nova geração de profissionais engajados com o cuidado farmacêutico que, por meio do trabalho do dia a dia da clínica, vem construindo um novo exercício profissional, uma nova assistência farmacêutica para o SUS. Esse sentimento tem se espalhado por outras esferas, como as UPAs, os centros de especialidades, a farmácia popular e os hospitais do município. Temos os pés no chão e sabemos que as dificuldades são enormes, porém vivenciamos a experiência de ver cada uma dessas dificuldades sendo combatida e vencida pela força da união de um grupo e pelo olhar no futuro. O caminho é longo, mas sabemos que a semente foi plantada, já brotou, e começa a dar seus primeiros frutos. Que assim continue.

## 5.6 Relato dos Coordenadores Executivos

O projeto de implantação dos serviços de cuidado farmacêutico, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Curitiba, teve como objetivos principais:

- Desenvolvimento de um modelo de cuidado farmacêutico que promova a orientação para o uso racional de medicamentos articulado com a equipe de saúde.
- Implantação de serviços que pudessem ser disseminados para as Redes Regionais de Atenção à Saúde.

Observamos que para atender a esses objetivos vários desafios foram lançados, entre os quais destacamos:

- A implantação de serviços de cuidado farmacêutico na Atenção Básica em todo o município.
- Continuidade dos serviços implantados após término do projeto.
- Capacitação do profissional farmacêutico em serviço.
- Modelo de serviço a ser implantado (serviço de clínica farmacêutica).
- Equipe com competência e experiência para a capacitação e a implantação de serviço.
- Serviços integrados à equipe de saúde.

Consideramos que os desafios foram alcançados e que a estratégia de criar a equipe de condução e sua participação em todo o processo revelou-se fundamental para o alcance dos desafios propostos. Destacamos a evolução dos profissionais farmacêuticos, a princípio como demandadores de problema para profissionais que realizam diagnóstico, propõem soluções e as executam, e depois tornando-se protagonistas em todo o processo de implantação dos serviços.

O apoio da SMS contribuiu de forma relevante para o sucesso do projeto.

Entendemos que a competência e a experiência dos supervisores técnicos e dos apoiadores regionais contratados contribuíram para a superação dos desafios.

As atividades realizadas e o conhecimento adquirido promoveu um amadurecimento na equipe de farmacêuticos, observando-se a mudança de atitude, de comportamento e de compromisso com a saúde; ousamos dizer que houve um resgate da atuação do profissional farmacêutico para o cuidado em saúde.

O farmacêutico descobre a sua necessária interlocução com a equipe de saúde em prol do paciente, identificando e resolvendo problemas relacionados com medicamentos e assim melhorando a qualidade de vida do paciente.

A equipe de saúde descobre um novo parceiro comprometido com a qualificação das ações de saúde, fortalecendo o SUS.

## Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 114, 14 de junho de 2012. Seção 1, p. 19. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html)>. Acesso em: 4 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010. Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 239, 15 de dezembro de 2010. Seção 1, p. 82. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3965\\_14\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3965_14_12_2010.html)>. Acesso em: 30 out. 2014.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Atenção hospitalar**. 2014a. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-hospitalar](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-hospitalar)>. Acesso em: 15 out. 2014.



\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Atenção pré-hospitalar**. 2014b. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-pre-hospitalar](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-pre-hospitalar)>. Acesso em: 15 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **A atenção primária**. 2014c. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-basica](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/atencao-basica)>. Acesso em: 15 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Carteira de Serviços**: guia para profissionais de saúde: relação de serviços e condições abordadas na atenção primária à saúde. Curitiba, 2013. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Manual%2014abr14.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Manual%2014abr14.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Comissões temáticas**. 2014d. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/cms/comissoes](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/cms/comissoes)>. Acesso em: 15 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Histórico da Secretaria**. 2014e. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria)>. Acesso em: 15 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Plano Municipal de Saúde - 2010/2013**. Curitiba, 2009. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/planos/plano\\_001.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/institucional/arquivos/planos/plano_001.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Rede de Serviços do SUS**. Curitiba, 2014f. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/rede-de-atencao](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/rede-de-atencao)>. Acesso em: 7 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Relatório de gestão: monitoramento quadrimestral SUS - Curitiba 1º quadrimestre de 2014**. Curitiba, 2014g. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/SMS\\_Relat%C3%B3rio%20Detalhado%20Quadrimestral\\_1%C2%BAQuad14.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/SMS_Relat%C3%B3rio%20Detalhado%20Quadrimestral_1%C2%BAQuad14.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Saúde mental**. 2014h. Disponível em: <[www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/saude-mental](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/assistencia/saude-mental)>. Acesso em: 15 out. 2014.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 out. 2014.

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. (Org.).

**Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do modelo de atenção às condições crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba: resultados do Laboratório de Inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde**. Brasília, 2013.



# Anexos

## Anexo A - Termo de Referência nº 71

Supervisor Técnico em Cuidado Farmacêutico para Práticas Clínicas Integradas às Ações de Saúde na Atenção Básica

### I CONTEXTO

A situação de saúde da população brasileira e o atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem aos gestores, aos consultores e aos trabalhadores de saúde o desafio da garantia da integralidade do cuidado.

No Brasil, o perfil epidemiológico é caracterizado por uma tripla carga de doenças, que envolve a persistência das doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, aliada à predominância das doenças crônicas e seus fatores de risco, e ao crescimento das causas externas, o que evidencia que o modelo de saúde vigente tem sido insuficiente para responder a essas condições.

Outro aspecto a considerar é a ocorrência de óbitos por intoxicação com medicamentos que tem sido considerada um dos agravos de saúde pública. Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde apontam que a morbidade

e a mortalidade causadas por produtos farmacêuticos estão entre os principais problemas de saúde, quadro que começa a ser reconhecido pelos profissionais de saúde e pela sociedade.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), consideradas problema de saúde pública e responsável, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%). A proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006, sendo que um terço das mortes ocorreu em pessoas com idade inferior a 60 anos de idade.

Associado a esse contexto, o Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante, apresentando em 2010, uma população brasileira de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade  $\geq 60$  anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira.

Além disso, a literatura e a observação de campo no trabalho profissional em programas de Assistência Farmacêutica indicam que, de modo geral, os gestores apresentam uma grande preocupação com o abastecimento de medicamentos na rede de saúde. Porém, para produzir efetiva melhoria na saúde e na qualidade de vida da população assistida, o acesso ao medicamento, por si só, não basta. A não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito tem sido identificada como causa para o insucesso do tratamento e como geradora de gastos adicionais e desnecessários para o sistema de saúde.

Dessa forma, é fundamental a percepção de que a disponibilidade dos medicamentos precisa estar de acordo com o quadro epidemiológico, com suficiência, regularidade e qualidade apropriada, e os serviços precisam promover

a orientação para o uso correto dos medicamentos e o monitoramento da utilização, quando necessários.

Com a demanda crescente por medicamentos e o elevado aporte de recursos financeiros, cujo gerenciamento efetivo pode propiciar à população o acesso regular aos medicamentos, cabe à assistência farmacêutica exercer um importante papel no setor produtivo, na inovação, no desenvolvimento tecnológico e na produção de serviços visando ao cuidado farmacêutico.

Assim, a assistência farmacêutica, na estrutura das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), visa a assegurar o acesso da população aos medicamentos a partir da promoção do uso correto deles, a fim de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde, por meio de linhas de cuidado.

No entanto, para que as ações da assistência farmacêutica atendam às necessidades de saúde da comunidade, o farmacêutico precisa conhecer a estrutura do serviço de saúde e da assistência farmacêutica no município e nas unidades de saúde, os processos de trabalho, o perfil demográfico e epidemiológico, assim como as condições de vida e saúde da população local.

Da mesma forma, é fundamental que o farmacêutico esteja articulado com a equipe de saúde na perspectiva de que a assistência farmacêutica faça parte das ações de saúde da rede de atenção. Esse profissional deve atuar com a equipe multiprofissional na busca da identificação dos problemas, da sua hierarquização, do estabelecimento de prioridades, da definição das estratégias e das ações para intervenção e dos obstáculos a serem superados para atingir a dimensão integral da assistência farmacêutica.

Neste contexto, a constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Assim, como estratégia de qualificação da atenção e da gestão da saúde na Atenção Básica (AB), o Nasf, constituído por equipe multiprofissional de saúde pode contribuir, de maneira efetiva, para a integração da assistência farmacêutica nas ações de saúde do SUS e no contexto da implantação das RRAS.

Nesta perspectiva é necessário considerar, pela sua magnitude, a superação da fragmentação dos serviços da assistência farmacêutica e do SUS, na qual são expressivas as diferenças locorregionais e a diversidade organizacional e operativa da rede de serviços de saúde. Os sistemas de atenção à saúde devem estar organizados para oferecer uma atenção contínua e integral a diferentes grupos populacionais, considerando suas características singulares de saúde, que envolvem fatores sociais, econômicos e culturais.

Neste cenário, ao ter como propósito contribuir para a qualificação da atenção e da gestão em saúde no âmbito do SUS por meio da conformação de redes regionais de atenção à saúde, o projeto-piloto de cuidado farmacêutico na atenção básica, incorporado ao Projeto QualiSUS-Rede, representa um importante instrumento para a consolidação desse sistema.

A Portaria Ministerial GM nº 396, de 4 de março de 2011, instituiu o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede), seus objetivos, suas estratégias, bem como instituiu o Comitê Gestor de Implementação do QualiSUS-Rede (CGI) e a Unidade de Gestão do Projeto (UGP), subordinada à Secretaria-Executiva. As competências da UGP estão definidas na Portaria da SE nº 601, de 24 de maio de 2011.

O Projeto é financiado com recursos do Contrato de Empréstimo **7632-BR** firmado com o Banco Mundial (BIRD).

## **II OBJETO DA CONTRATAÇÃO**

Seleção e contratação de Supervisor Técnico em Cuidado Farmacêutico, em caráter temporário, para práticas clínicas de cuidado farmacêutico integradas às ações de saúde na Atenção Básica.

## **III. OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO**

### **Ao Supervisor Técnico em Cuidado Farmacêutico compete:**

1. Trabalhar em consonância com os princípios e os pressupostos que orientam as políticas da Assistência Farmacêutica do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde (SCTIE/DAF/MS) e diretrizes do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede).
2. Analisar a situação de saúde do Município de Curitiba na estrutura de RRAS.
3. Analisar a situação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do Município de Curitiba na estrutura de RRAS.
4. Elaborar projeto piloto para a Gestão do Cuidado baseado na prática da clínica farmacêutica integrada às ações de saúde do Município de Curitiba e aos diferentes níveis de complexidade das RRAS.
5. Coordenar Oficina Ampliada para apresentação, discussão, avaliação e qualificação do Projeto de Implantação dos Serviços do Cuidado Farmacêutico com a equipe de desenvolvimento local do Projeto Piloto



e os apoiadores do projeto a partir das orientações e demandas pela Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB/DAF/SCTIE).

6. Apresentar o projeto para a equipe de saúde nos diferentes distritos para discussão, qualificação e contribuição da equipe no processo de implantação dos serviços.
7. Coordenar e supervisionar os trabalhos e metodologias definidos no projeto para o grupo de apoiadores regionais e profissionais do município de Curitiba a partir das orientações e das demandas da Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB/DAF/SCTIE).
8. Produzir conhecimento e tecnologias sociais que possam ser reproduzidas no âmbito das redes de atenção à saúde para os serviços farmacêuticos voltados, prioritariamente ao cuidado farmacêutico na atenção básica em saúde, em especial, para as Redes de Doenças Crônicas, Rede Cegonha e Atenção Psicossocial.
9. Construir ferramentas para a prática de Cuidado Farmacêutico prioritariamente para as Redes de Doenças Crônicas, a Rede Cegonha e a Atenção Psicossocial.
10. Elaborar e entregar as ferramentas desenvolvidas no prazo determinado.
11. Elaborar e supervisionar curso de capacitação para a prática de Cuidado Farmacêutico conforme necessidade definida no projeto e que possa ser reproduzido no âmbito das redes de atenção à saúde, e aplicar o curso, quando necessário.
12. Participar e discutir no desenvolvimento de metodologia pedagógica, com os apoiadores, para aplicação do curso de capacitação aos profissionais da saúde do projeto piloto.

13. Disponibilizar para o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS), e Secretária Municipal de Saúde de Curitiba o material didático de capacitação para a prática de Cuidado Farmacêutico.
14. Supervisionar e subsidiar os apoiadores regionais na implantação do projeto e no desenvolvimento do cuidado farmacêutico.
15. Estimular e apoiar a criação de Comitês de Uso Racional de Medicamentos (CURM) nos distritos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.
16. Realizar reuniões de avaliação e encaminhamento com os gestores do projeto (MS e SMS de Curitiba).
17. Elaborar relatórios mensais de atividades desenvolvidas no âmbito de suas atribuições, para encaminhamento à CGAFB/DAF/SCTIE, à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e à Unidade Gestora do Projeto/QualiSUS-Rede ou quando solicitado.
18. Realizar o monitoramento por meio de indicadores, metas e prazos pactuados promovendo a avaliação e a qualificação dos serviços implantados.
19. Elaborar relatório parcial e final contendo atividades, resultados, avaliação e conclusão para encaminhamento à CGAFB/DAF/SCTIE, à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, e à Unidade Gestora do Projeto/QualiSUS-Rede ou quando solicitado.
20. Cumprir rigorosamente o cronograma de trabalho aprovado.

## IV. REQUISITOS TÉCNICOS E ASPECTOS OPERACIONAIS

### 1. Formação e experiência

#### a. Qualificações Requeridas

O profissional deverá possuir graduação em Farmácia, com pós-graduação, no mínimo doutorado concluído (*Strito Sensu*), em Assistência Farmacêutica e/ou na área de Farmácia e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública, experiência de no mínimo três anos em desenvolvimento de práticas de cuidado farmacêutico para atenção à saúde, experiência de no mínimo seis anos como docente em disciplinas de Atenção Farmacêutica e/ou Farmácia Clínica e/ou Farmácia Comunitária. O local de prestação dos serviços será em Curitiba/PR e o profissional deverá ter disponibilidade para viagens.

#### b. Seleção

A seleção será aferida com base no currículo *lattes* e na experiência profissional por meio de comprovação documental.

O profissional interessado em realizar os serviços previstos neste Termo de Referência será avaliado em duas fases conforme os requisitos a seguir:

#### **Eliminatórias – Fase A:**

1. Formação em Farmácia, com pós-graduação, no mínimo doutorado concluído (*Strito Sensu*), em Assistência Farmacêutica e/ou na área de Farmácia e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública.
2. Experiência de no mínimo três anos em desenvolvimento de práticas de cuidado farmacêutico para atenção à saúde.

3. Experiência de no mínimo seis anos como docente em disciplinas de Atenção Farmacêutica e/ou Farmácia Clínica e/ou Farmácia Comunitária.

#### Classificatórias – Fase B:

4. Critérios:
  - a. Gerais:

Critérios	Pontuação	Tempo Máximo de Experiência Considerado	Pontuação Máxima por Critério	Subtotais
Experiência em serviços de monitoramento farmacoterapêutico para atenção à saúde.	4,0 pt/ ano	Tempo máximo de 10 anos	40 pontos	40
Experiência no desenvolvimento da Atenção Farmacêutica/ Práticas Farmacêuticas/Cuidados Farmacêuticos na atenção primária à saúde para doenças crônicas não transmissíveis.	2,0 pt/ ano	Tempo máximo de 10 anos	20 pontos	20
Experiência comprovada além dos seis anos mínimos como docente em disciplinas de Atenção Farmacêutica e/ou Farmácia Clínica.	1,0 pt/ ano acima dos 6 mínimos	Tempo máximo de 16 anos	10 pontos	10
Experiência profissional comprovada na realização de cursos de capacitação para o desenvolvimento da Atenção Farmacêutica/Práticas Farmacêuticas/Cuidados Farmacêuticos na atenção à saúde.	2,0 pt por curso de no mínimo 20 horas	Máximo de 5 cursos	10 pontos	10
			<b>Total Geral</b>	<b>80</b>

b. Pontuação de títulos de acordo com Currículo *Lattes* atualizado

CRITÉRIO PARA PONTUAÇÃO DE TÍTULOS	PONTUAÇÃO
<b>1. TÍTULOS ACADÊMICOS – PÓS-GRADUAÇÃO</b>	<b>Máximo (47)</b>
1.1 Pós-doutorado em Assistência Farmacêutica e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública e/ou na subárea de Atenção Farmacêutica.	<b>Máximo (5)</b>
Pós-doutorado concluído	05
Pós-doutorado em curso	02
1.2 Doutorado em Assistência Farmacêutica e/ou na área de Farmácia e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública.	<b>Máximo (20)</b>
Doutorado concluído	20
1.2 Mestrado em Assistência Farmacêutica e/ou na área de Farmácia e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública.	<b>Máximo (10)</b>
Mestrado concluído	10
1.3 Especialização em Assistência Farmacêutica e/ou na área de Farmácia e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública.	<b>Máximo (12)</b>
Especialização concluída	5
Residência concluída	7
<b>2. ATIVIDADES PROFISSIONAIS E ACADÊMICAS</b>	<b>Máximo (08)</b>
2.1 Experiência profissional em Atenção Farmacêutica	<b>Máximo (5)</b>
Mais de 2 anos	5
De 1 a 2 anos	3
Até 1 ano	1
2.2 Experiência acadêmica (docência, estágio em docência, monitoria, tutoria) no Ensino Superior na área de Assistência Farmacêutica e/ou Atenção Farmacêutica	<b>Máximo (3)</b>
Mais de 2 anos	3
De 1 a 2 anos	2
Até 1 ano	1

CRITÉRIO PARA PONTUAÇÃO DE TÍTULOS	PONTUAÇÃO
<b>3. ATIVIDADES CIENTÍFICAS</b>	<b>Máximo (65)</b>
3.1 Artigos científicos publicados ou aceitos para publicação na área de Assistência Farmacêutica.	<b>Máximo (30)</b> Pontos/periódico
Periódico nacional ou internacional Qualis A <sub>1</sub> /A <sub>2</sub> (Capes/Farmácia)	10
Periódico nacional ou internacional Qualis B <sub>1</sub> /B <sub>2</sub> (Capes/Farmácia)	7
Periódico nacional ou internacional Qualis B <sub>3</sub> /B <sub>4</sub> (Capes/Farmácia)	5
Periódico nacional ou internacional Qualis B <sub>5</sub> (Capes/Farmácia)	3
Periódico nacional ou internacional Qualis C (Capes/Farmácia)	1
3.2 Atuação em projetos de pesquisa/extensão na área de Assistência Farmacêutica	<b>Máximo (10)</b> Pontos/atuação em projeto
Participação em projeto	2
Coordenação de projeto	4
3.3 Livros na área de Assistência Farmacêutica	<b>Máximo (20)</b> Pontos/trabalho
Livro autoral	7
Organização/Tradução de livro	4
Capítulo de livro	3
3.4 Outras produções na área de Assistência Farmacêutica	<b>Máximo (3)</b> Pontos/produção
Resumo publicado em anais de eventos	1
Palestra/Apresentação de trabalho	0,5
3.5 Eventos na área de Assistência Farmacêutica	<b>Máximo (2)</b> Pontos/evento
Organização de eventos	0,4
Participação (ouvinte) em eventos	0,2

\*As fases A e B serão avaliadas somente com base no currículo.

Entrevista: para avaliar a disponibilidade, o envolvimento com o projeto, a confirmação e a complementação de informações, se necessário.

### **Conteúdos Prioritários para Desenvolvimento do Projeto**

1. Introdução em:
  - a. Políticas Públicas em Saúde.
  - b. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
  - c. Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: dimensões do acesso e do cuidado farmacêutico
  - d. Assistência Farmacêutica no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).
  - e. Assistência Farmacêutica: Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica.
2. Sistema de Saúde: diagnóstico do território/comunidade; planejamento em saúde; processo de trabalho.
3. Modelos de Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.
4. Métodos de trabalho e registro de informações.
5. Instrumentos técnicos para os serviços da Clínica Farmacêutica.
6. Tecnologias sociais para os serviços do cuidado farmacêutico na atenção primária em saúde em especial para doenças crônicas, atenção psicossocial e atenção à saúde da mulher e da criança.
7. Dispensação de Medicamentos, Orientação Terapêutica e Seguimento Farmacoterapêutico e atuação do farmacêutico no Cuidado Farmacêutico frente à organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde.
8. Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância.
9. Estudos sobre a Utilização de Medicamentos.

10. Métodos para Monitoramento ou Seguimento Farmacoterapêutico:  
Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM).
11. Fontes de informação sobre medicamentos.
12. Comunicação em Saúde. Educação em Saúde.



## **Anexo B – Termo de Referência nº 72**

Apoiador Regional para Práticas Clínicas em Cuidado Farmacêutico Integradas às Ações de Saúde na Atenção Básica.

### **I CONTEXTO**

A situação de saúde da população brasileira e o atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem aos gestores, aos consultores e aos trabalhadores de saúde o desafio da garantia da integralidade do cuidado.

No Brasil, o perfil epidemiológico é caracterizado por uma tripla carga de doenças, que envolve a persistências das doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, aliada à predominância das doenças crônicas e seus fatores de risco, e ao crescimento das causas externas, o que evidencia que o modelo de saúde vigente tem sido insuficiente para responder a essas condições.

Outro aspecto a considerar é a ocorrência de óbitos por intoxicação com medicamentos que tem sido considerada um dos agravos de saúde pública. Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde apontam que a morbidade e a mortalidade causadas por produtos farmacêuticos estão entre os principais problemas de saúde, quadro que começa a ser reconhecido pelos profissionais de saúde e pela sociedade.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), consideradas problema de saúde pública e responsável, em 2007 por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%). A proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três

vezes entre 1930 e 2006, sendo que um terço das mortes ocorreu em pessoas com idade inferior a 60 anos de idade.

Associado a esse contexto, o Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante, apresentando em 2010, uma população brasileira de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade  $\geq 60$  anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira.

Além disso, a literatura e a observação de campo no trabalho profissional em programas de Assistência Farmacêutica indicam que, de modo geral, os gestores apresentam uma grande preocupação com o abastecimento de medicamentos na rede de saúde. Porém, para produzir efetiva melhoria na saúde e na qualidade de vida da população assistida, o acesso ao medicamento, por si só, não basta. A não adesão ao tratamento medicamentoso prescrito tem sido identificada como causa para o insucesso do tratamento e como geradora de gastos adicionais e desnecessários para o sistema de saúde.

Dessa forma, é fundamental a percepção de que a disponibilidade dos medicamentos precisa estar de acordo com o quadro epidemiológico, com suficiência, regularidade e qualidade apropriada, e mais, os serviços precisam promover a orientação para o uso correto dos medicamentos e o monitoramento da utilização quando necessários.

Com a demanda crescente por medicamentos e o elevado aporte de recursos financeiros, cujo gerenciamento efetivo pode propiciar, à população, o acesso regular aos medicamentos, cabe à Assistência Farmacêutica exercer um importante papel no setor produtivo, na inovação, no desenvolvimento tecnológico e na produção de serviços visando ao cuidado farmacêutico.

Assim, a Assistência Farmacêutica, na estrutura das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), visa a assegurar o acesso da população aos medicamentos a partir da promoção do uso correto deles, a fim de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde, por meio de linhas de cuidado.

No entanto, para que as ações da Assistência Farmacêutica atendam às necessidades de saúde da comunidade, o farmacêutico precisa conhecer a estrutura do serviço de saúde e da Assistência Farmacêutica no município e nas unidades de saúde, os processos de trabalho, o perfil demográfico e epidemiológico, assim como as condições de vida e saúde da população local.

Da mesma forma, é fundamental que o farmacêutico esteja articulado com a equipe de saúde na perspectiva de que a Assistência Farmacêutica faça parte das ações de saúde da rede de atenção. Esse profissional deve atuar com a equipe multiprofissional na busca da identificação dos problemas, sua hierarquização, estabelecimento de prioridades, definição das estratégias e ações para intervenção e os obstáculos a serem superados para atingir a dimensão integral da Assistência Farmacêutica.

Neste contexto, a constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Assim, como estratégia de qualificação da atenção e da gestão da saúde na Atenção Básica (AB), o Nasf, constituído por equipe multiprofissional de saúde pode contribuir, de maneira efetiva, para a integração da Assistência Farmacêutica nas ações de saúde do SUS e no contexto da implantação das RRAS.

Nesta perspectiva é necessário considerar, pela sua magnitude, a superação da fragmentação dos serviços da Assistência Farmacêutica e do SUS, na qual são

expressivas as diferenças locorregionais e a diversidade organizacional e operativa da rede de serviços de saúde. Os sistemas de atenção à saúde devem estar organizados para oferecer uma atenção contínua e integral a diferentes grupos populacionais, considerando suas características singulares de saúde, que envolvem fatores sociais, econômicos e culturais.

Neste cenário, ao ter como propósito contribuir para a qualificação da atenção e da gestão em saúde no âmbito do SUS por meio da conformação de redes regionais de atenção à saúde, o Projeto piloto de cuidado farmacêutico na Atenção Básica, incorporado ao Projeto QualiSUS-Rede, representa um importante instrumento para a consolidação desse sistema.

A Portaria Ministerial GM nº 396, de 04 de março de 2011, instituiu o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede), seus objetivos, suas estratégias, bem como instituiu o Comitê Gestor de Implementação do QualiSUS-Rede – CGI e a Unidade de Gestão do Projeto (UGP), subordinada à Secretaria-Executiva. As competências da UGP estão definidas na Portaria da SE nº 601, 24 de maio de 2011.

O Projeto é financiado com recursos do Contrato de Empréstimo **7632-BR** firmado com o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), instituição financeira do Banco Mundial.

## **II OBJETO DA CONTRATAÇÃO**

Seleção e contratação de Apoiador Regional, em caráter temporário, para práticas clínicas em cuidado farmacêutico integradas às ações de saúde na Atenção Básica.

### III OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

#### **Ao Apoiador Regional compete:**

1. Trabalhar em consonância com os princípios e pressupostos que orientam as políticas da Assistência Farmacêutica do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Ministério da Saúde (SCTIE/DAF/MS) e diretrizes do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde (QualiSUS-Rede).
2. Contribuir na elaboração do projeto-piloto para a Gestão do Cuidado baseado na prática da clínica farmacêutica integrada às ações de saúde do Município de Curitiba e aos diferentes níveis de complexidade das RRAS.
3. Contribuir na coordenação da Oficina Ampliada para apresentação, discussão, avaliação e qualificação do Projeto de Implantação dos Serviços de Cuidado Farmacêutico com a equipe de desenvolvimento local do projeto-piloto e os apoiadores do projeto a partir das orientações e demandas pela Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica (CGAFB/DAF/SCTIE).
4. Contribuir na elaboração do curso de capacitação para a prática de Cuidado Farmacêutico conforme necessidade definida no projeto e que possa ser reproduzido no âmbito das redes regionais de atenção à saúde.
5. Produzir conhecimento e tecnologias sociais que possam ser reproduzidas no âmbito das redes de atenção à saúde para os serviços farmacêuticos voltados, prioritariamente, ao cuidado farmacêutico na

Atenção Básica, em especial, para as Redes de Doenças Crônicas, Rede Cegonha e Atenção Psicossocial.

6. Construir ferramentas para a prática de Cuidado Farmacêutico voltadas, prioritariamente, para as Redes de Doenças Crônicas, Rede Cegonha e Atenção Psicossocial.
7. Elaborar e entregar as ferramentas desenvolvidas no prazo determinado.
8. Aplicar o curso de capacitação para os profissionais envolvidos na implantação do serviço de clínica farmacêutica.
9. Coordenar e supervisionar os trabalhos de implantação dos serviços com os profissionais do Município de Curitiba, definidos no projeto-piloto.
10. Trabalhar com a equipe local, visando tornar objetivas as atividades a serem desenvolvidas; fomentar a participação da equipe, a fim de aprofundar a compreensão sobre as atividades do projeto e a interação entre os profissionais, bem como construir condições favoráveis para o trabalho coletivo.
11. Elaborar relatórios mensais de atividades desenvolvidas no âmbito de suas atribuições, para encaminhamento à CGAFB/DAF/SCTIE, à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e à Unidade Gestora do Projeto/QualiSUS-Rede ou quando solicitado.
12. Ser o facilitador entre a equipe de trabalho local e o supervisor técnico em cuidado farmacêutico, CGAFB/DAF/SCTIE e SMS de Curitiba.
13. Estimular e apoiar a criação de Comitês de Utilização Racional de Medicamentos (CURM) nos distritos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde.
14. Participar das reuniões de avaliação e encaminhamento com os gestores do projeto (MS e SMS de Curitiba).

15. Realizar o monitoramento por meio de indicadores, metas e prazos pactuados promovendo a avaliação e a qualificação dos serviços implantados.
16. Elaborar relatório parcial e final contendo atividades, resultados, avaliação e conclusão para encaminhamento à CGAFB/DAF/SCTIE, à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e à Unidade Gestora do Projeto/QualiSUS-Rede ou quando solicitado.
17. Cumprir rigorosamente o cronograma de trabalho aprovado.

## IV REQUISITOS TÉCNICOS E ASPECTOS OPERACIONAIS

### 1. Formação e experiência

#### a. Qualificações Requeridas

O profissional deverá possuir graduação em Farmácia, com pós-graduação, no mínimo mestrado concluído em Assistência Farmacêutica e/ou na área de Farmácia e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública e experiência de no mínimo dois anos em desenvolvimento de práticas de cuidado farmacêutico para atenção à saúde. O local de prestação dos serviços será em Curitiba/PR. O profissional deverá ter disponibilidade de 30 horas semanais de dedicação ao projeto, incluindo viagens.

#### b. Seleção

A seleção será aferida com base no currículo *lattes* e na experiência profissional por meio de comprovação documental.

O profissional interessado em realizar os serviços previstos neste Termo de Referência será avaliado em duas fases conforme os requisitos a seguir:

### Eliminatórias – Fase A:

1. Formação em Farmácia, com pós-graduação, no mínimo mestrado concluído em Assistência Farmacêutica e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública e/ou na área de Farmácia.
2. Experiência de no mínimo dois anos em desenvolvimento de práticas de cuidado farmacêutico para atenção à saúde.

### Classificatórias – Fase B:

#### Critérios:

##### c. Gerais:

Critérios	Pontuação	Tempo Máximo de Experiência Considerado	Pontuação Máxima por Critério	Subtotais
Experiência em serviços de dispensação e seguimento/ monitoramento e farmacoterapêutico para atenção à saúde.	4,0 pt/ ano	Tempo máximo de 10 anos	40 pontos	40
Experiência comprovada além dos dois anos em desenvolvimento de práticas de cuidado farmacêutico para atenção à saúde.	1,0 pt/ ano acima dos 2 mínimos	Tempo máximo de 10 anos	10 pontos	10



Critérios	Pontuação	Tempo Máximo de Experiência Considerado	Pontuação Máxima por Critério	Subtotais
Experiência comprovada como docente em disciplinas de Atenção Farmacêutica e/ou Farmácia Clínica.	1,0 pt/ ano	Tempo máximo de 10 anos	10 pontos	10
Experiência didática comprovada	0,5 pt/ ano	Tempo máximo de 10 anos	05	05
			<b>Total Geral</b>	<b>65</b>

d. Pontuação de títulos de acordo com Currículo *Lattes* atualizado

CRITÉRIO PARA PONTUAÇÃO DE TÍTULOS	PONTUAÇÃO
<b>1. TÍTULOS ACADÊMICOS – PÓS-GRADUAÇÃO</b>	<b>Máximo (49)</b>
1.1 Pós-doutorado em Assistência Farmacêutica e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública e/ou na subárea de Atenção Farmacêutica.	<b>Máximo (5)</b>
Pós-doutorado concluído	5
Pós-doutorado em curso	2
1.2 Doutorado em Assistência Farmacêutica e/ou na área de Farmácia e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública.	<b>Máximo (20)</b>
Doutorado concluído	20

CRITÉRIO PARA PONTUAÇÃO DE TÍTULOS	PONTUAÇÃO
Doutorado em curso	10
1.2 Mestrado em Assistência Farmacêutica e/ou na área de Farmácia e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública.	<b>Máximo (10)</b>
Mestrado concluído	10
1.3 Especialização em Assistência Farmacêutica e/ou na área de Farmácia e/ou na área da Saúde Coletiva/Pública.	<b>Máximo (14)</b>
Especialização concluída	5
Residência concluída	7
Especialização e/ou residência em curso	2
<b>2. ATIVIDADES PROFISSIONAIS E ACADÊMICAS</b>	<b>Máximo (8)</b>
2.1 Experiência profissional em Atenção Farmacêutica	<b>Máximo (5)</b>
Mais de 2 anos	5
De 1 a 2 anos	3
Até 1 ano	1
2.2 Experiência acadêmica (docência, estágio em docência, monitoria, tutoria) no ensino superior na área de Assistência Farmacêutica e/ou Atenção Farmacêutica	<b>Máximo (3)</b>
Mais de 2 anos	3
De 1 a 2 anos	2

CRITÉRIO PARA PONTUAÇÃO DE TÍTULOS	PONTUAÇÃO
Até 1 ano	1
<b>3. ATIVIDADES CIENTÍFICAS</b>	<b>Máximo (68)</b>
3.1 Artigos científicos publicados ou aceitos para publicação na área de Assistência Farmacêutica	<b>Máximo (30)</b> Pontos/ periódico
Periódico nacional ou internacional Qualis A <sub>1</sub> /A <sub>2</sub> (Capes/Farmácia)	10
Periódico nacional ou internacional Qualis B <sub>1</sub> /B <sub>2</sub> (Capes/Farmácia)	7
Periódico nacional ou internacional Qualis B <sub>3</sub> /B <sub>4</sub> (Capes/Farmácia)	5
Periódico nacional ou internacional Qualis B <sub>5</sub> (Capes/Farmácia)	3
Periódico nacional ou internacional Qualis C (Capes/Farmácia)	1
3.2 Atuação em projetos de pesquisa/extensão na área de Assistência Farmacêutica (pontuação/atuação em projeto)	<b>Máximo (10)</b> Pontos/atuação em projeto
Participação em projeto	2
Coordenação em projeto	4
3.3 Livros na área de Assistência Farmacêutica	<b>Máximo (20)</b> Pontos/trabalho
Livro autoral	7
Organização/Tradução de livro	4

CRITÉRIO PARA PONTUAÇÃO DE TÍTULOS	PONTUAÇÃO
Capítulo de livro	3
3.4 Outras produções na área de Assistência Farmacêutica	<b>Máximo (4)</b> Pontos/ produção
Resumo publicado em anais de eventos	1
Palestra/Apresentação de trabalho	0,5
3.5 Eventos na área de Assistência Farmacêutica	<b>Máximo (4)</b> Pontos/evento
Organização de eventos	0,4
Participação (ouvinte) em eventos	0,2

\*As fases A e B serão avaliadas somente com base no currículo.

**Entrevista:** para avaliar a disponibilidade, o envolvimento com o projeto, a confirmação e a complementação de informações, se necessário.

Conteúdos Prioritários para Desenvolvimento do Projeto:

1. Introdução em:
  - a. Políticas Públicas em Saúde.
  - b. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.
  - c. Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: dimensões do acesso e do cuidado farmacêutico.
  - d. Assistência Farmacêutica no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

- e. Assistência Farmacêutica: Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica.
2. Sistema de Saúde: diagnóstico do território/comunidade; planejamento em saúde e processo de trabalho.
  3. Modelos de Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.
  4. Métodos de trabalho e registro de informações.
  5. Instrumentos técnicos para os serviços da clínica farmacêutica.
  6. Tecnologias sociais para os serviços do cuidado farmacêutico na atenção primária em saúde em especial para doenças crônicas, atenção psicossocial e atenção à saúde da mulher e da criança.
  7. Dispensação de Medicamentos, Orientação Terapêutica e Seguimento Farmacoterapêutico e atuação do farmacêutico no Cuidado Farmacêutico frente à organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde.
  8. Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância.
  9. Estudos sobre a Utilização de Medicamentos.
  10. Métodos para Monitoramento ou Seguimento Farmacoterapêutico: Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM).
  11. Fontes de informação sobre medicamentos.
  12. Comunicação em Saúde. Educação em Saúde.

## Anexo C – Portaria nº 113 – Cria os Comitês de Uso Racional de Medicamentos



### PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

#### PORTARIA Nº 113

Cria os Comitês de Uso Racional de Medicamentos – CURAME's – no Município de Curitiba e dá outras providências

O Secretário Municipal da Saúde no uso de suas atribuições legais e, conforme preconiza o Artigo 84, VIII do Decreto Municipal nº. 29/1998, de 19/01/1998,

Resolve:

Artigo 1º- Criar os Comitês de Uso Racional de Medicamentos no Município de Curitiba, cuja sigla será CURAME.

Artigo 2.º - São atribuições dos CURAME's:

I – Conhecer e monitorar o perfil de utilização de medicamentos nas macrorregiões de saúde do município de Curitiba;

II – Conhecer e monitorar o nível de adesão dos usuários ao tratamento e os demais problemas relacionados aos medicamentos presentes nas macrorregiões de saúde do município de Curitiba;

III - Analisar situações de uso inadequado de medicamentos do município, bem como propor e desenvolver ações que possam colaborar para sua resolução;

IV – Atuar, em caráter consultivo, de forma integrada a outros comitês, comissões e grupos de trabalho do Município de Curitiba, no que diz respeito à temática do acesso e uso racional de medicamentos;

V – Instituir grupos de trabalho para execução de atividades específicas relacionadas ao cumprimento das finalidades do Comitê, quando necessário;

VI – Propor e realizar ações de capacitação de profissionais de saúde e eventos de caráter técnico- científico, voltados para o uso racional de medicamentos;

VII – Estimular e facilitar a articulação e o trabalho colaborativo das equipes de saúde para garantia do acesso e uso racional de medicamentos;

VIII – Contribuir, por meio da promoção do uso racional de medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso no Município, a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes;

IX – Propor o aprimoramento de marcos regulatórios e de vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Município de Curitiba;

X – Propor iniciativas de pesquisas e desenvolvimentos científico, tecnológico e profissional relacionados ao uso racional de medicamentos;

XI – Promover a integração e a articulação entre órgãos e entidades, públicas e privadas, no município, cujas competências estejam relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos;

XII – Elaborar documentos técnicos e informativos para divulgação ao público interno e externo à secretaria municipal de saúde de Curitiba.

Artigo 3.º - Institui-se um CURAME para cada macrorregião de saúde (Norte, Sul e Oeste) e um único para as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do Município de Curitiba, totalizando quatro (4) CURAME's em todo Município.

Artigo 4.º - Cada CURAME de MACROREGIONAL será composto dos seguintes membros: I – Três (3) farmacêuticos(as) titulares e três (3) suplentes;

II – Três (3) médicos(as) titulares e três (3) suplentes;

III – Três (3) enfermeiros(as) titulares e três (3) suplentes; IV – Três (3) odontólogos(as) titulares e três (3) suplentes;

V – Três (3) membros titulares de outras profissões da saúde, de nível técnico ou superior e três (3) suplentes;

VI – Um (1) representante dos usuários e um (1) suplente;

Artigo 5.º - O CURAME UPA será composto dos seguintes membros: I – Três (3) farmacêuticos(as) titulares e três (3) suplentes;

II – Três (3) médicos(as) titulares e três (3) suplentes;

III – Três (3) enfermeiros(as) titulares e três (3) suplentes; IV – Três (3) odontólogos(as) titulares e três (3) suplentes;

V – Três (3) membros titulares de outras profissões da saúde, de nível técnico ou superior e três (3) suplentes;

VI – Um (1) representante dos usuários e um (1) suplente;

VII – Um (1) profissional convidado, de Unidade Básica de Saúde, de qualquer uma das categorias profissionais de saúde de nível superior ou médio



§1.º. Cabe a cada distrito sanitário, a indicação de 1 membro titular e 1 suplente, para cada categoria profissional, a fim de compor o CURAME de sua macrorregião.

§2.º. Cabe aos Conselhos Locais de Saúde, de cada Macrorregional e UPAs, a indicação de (1) membro titular e (1) suplente, residentes no município, como representantes dos usuários do sistema municipal de saúde, .

Artigo 6º - As atividades dos CURAME's estarão sob a coordenação geral da coordenação de atenção farmacêutica, do departamento de redes de atenção à saúde;

Parágrafo único. Cada CURAME elege um coordenador local, cuja função é atuar como facilitador das atividades do comitê, cuja definição se dará conforme regimento interno dos CURAME's.

Artigo 7º - Aprova o Regimento Interno do CURAME, na forma da presente Portaria Municipal, conforme Anexo I.

Artigo 8º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Secretaria Municipal da Saúde, 10 de outubro de 2014.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Adriano Massuda - Secretário Municipal da Saúde



ANEXO I

REGIMENTO INTERNO DOS COMITÊS DE USO RACIONAL DE  
MEDICAMENTOS – CURAME – CURITIBA

**CAPÍTULO I**

**– NATUREZA E FINALIDADE –**

Art. 1º Os Comitês de Uso Racional de Medicamentos da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba – CURAME's são grupos de trabalho técnico-científicos, multiprofissionais, de caráter consultivo, articulador e educativo, voltados à identificação de situações de uso inadequado de medicamentos e às ações para promoção do acesso e uso racional de medicamentos no município, de forma integrada, contínua, segura e efetiva. Os CURAME's são orientados pelos paradigmas da saúde baseada em evidências, da prevenção das doenças, da promoção da saúde, da segurança do paciente, da prevenção quaternária, da bioética, e dos princípios de qualidade em saúde, que devem guiar a utilização de medicamentos pelos serviços, profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde e rede municipal de saúde de Curitiba.

Art. 2º Os CURAME's tem por finalidade promover e executar ações para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos, de forma fundamentada em análises de indicadores de saúde e utilização de medicamentos do Município, de forma articulada e integrada à agenda de saúde do Município e a outros comitês, comissões e grupos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.

#### Parágrafo Único

Os CURAME's estimularão e promoverão ações sobre o uso racional de medicamentos no âmbito da secretaria municipal de saúde, das macrorregiões de saúde, dos distritos sanitários, das unidades municipais de saúde e das equipes de saúde locais.

## **CAPÍTULO II**

### **– ORGANIZAÇÃO DOS CURAMES –**

#### **Seção I**

##### **Composição**

Art. 3º Cada CURAME terá composição multiprofissional, com dezesseis (16) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo quinze (15) deles com atuação direta e destacada em equipes de saúde locais e na assistência aos usuários, além de um

(1) representante da sociedade civil organizada que represente os interesses populares e dos usuários do sistema municipal de saúde.

Art. 4º Os membros dos CURAME's não poderão ser remunerados no desempenho de sua tarefa, sendo imprescindível que sejam liberados de suas funções pelos coordenadores locais e diretores dos distritos sanitários para participação das reuniões e ações do CURAME, considerando que essas passam a fazer parte inerente de suas atividades laborais;

### Parágrafo Único

Os CURAME's poderão se utilizar de conhecimento técnico e científico de consultores e membros "ad hoc", convidados, pertencentes ou não ao quadro de funcionários do Município, quando julgarem necessário.

Art. 5º A constituição dos CURAME's dar-se-á a partir de assinatura da Portaria Municipal do Secretário Municipal da Saúde de Curitiba – SMS, mediante publicação em Diário Oficial do Município- DOM.

Art. 6º A composição dos CURAME's será dada a partir de indicações, respeitando as seguintes condições:

I. De cada distrito sanitário, a indicação de 1 membro titular e 1 suplente, das profissões medicina, farmácia, enfermagem, odontologia, e de 1 membro e 1 suplente de um quinto profissional ou técnico da saúde, a fim de compor o CURAME de sua macrorregião.

II. Do conselho local de saúde, a indicação 1 membro titular e 1 suplente, residentes no município, como representantes dos usuários do sistema municipal de saúde.

Art. 7º O mandato dos membros dos CURAME's será de dois (2) anos, podendo ser reconduzidos. Art. 8º Assumirá automaticamente o suplente, na impossibilidade de participação do membro titular. Parágrafo Único

O membro titular deverá comunicar a um suplente, na impossibilidade de sua participação nas atividades ou reuniões agendadas do CURAME.

Art. 9º Será dispensado automaticamente, o membro que, sem comunicação prévia, deixar de comparecer a três (3) reuniões consecutivas ou a quatro intercaladas durante um ano.

#### Parágrafo Único

Na hipótese deste artigo, o suplente assumirá como titular e será solicitada nova indicação para suplente, respeitados os requisitos do artigo 3º.

Art. 10º A coordenação geral das atividades dos CURAME's do Município caberá à Coordenação de

Atenção Farmacêutica, do Departamento de Redes de Atenção à Saúde;

Art. 11º Cada CURAME terá um Coordenador Local e um Vice-Coordenador, eleitos por voto direto de seus pares, do próprio Comitê, durante a primeira reunião do grupo, a cada dois (2) anos, eleição essa que será lavrada em ata e assinada por todos os membros presentes.

§1.º Para que possa haver eleição de coordenação e vice coordenação, deverá haver a presença de pelo menos 2/3 dos membros do CURAME, isto é, onze (11) membros, durante a reunião. O coordenador e vice-coordenador serão eleitos por maioria simples de votos.

§2.º Cabe ao coordenador e vice-coordenador atuarem como facilitadores do processo de trabalho do comitê, além de articular a agenda e as ações do CURAME local aos demais CURAME's do município, em trabalho conjunto com a coordenação geral;

§3.º Cabe ao coordenador e vice-coordenador a produção das atas e demais documentos gerados nas reuniões e ações dos CURAME's e sua transferência à coordenação geral, que é responsável pela guarda e manutenção dessas. Cada CURAME deve manter cópias locais desses documentos, sob responsabilidade do coordenador local.

## **Seção II**

### **Atribuições do CURAME**

Art. 12º Compete aos CURAME's a análise, de forma sistematizada, das situações de uso inadequado ou subótimo de medicamentos do município, bem como a proposição e desenvolvimento de ações concretas que possam colaborar para sua resolução. O objetivo é modificar processos existentes (ou propor novos processos), a fim de monitorar, analisar e melhorar a utilização e os resultados de saúde obtidos com os medicamentos nos serviços de saúde.

Art. 13º Elaborar plano anual de trabalho e como as temáticas serão definidas e tratadas pelos CURAME's.

## **Seção III**

### **Atribuições dos membros**

Art. 14º Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do CURAME e especificamente:

- I. Instalar e presidir suas reuniões;
- II. Suscitar o pronunciamento do CURAME quanto às questões relativas ao uso racional de medicamentos;
- III. Organizar as pautas das reuniões, em conjunto com a coordenação geral;

IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V. Designar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades do comitê, ouvido todo o grupo;

VI. Convidar entidades, cientistas, técnicos e personalidades para colaborarem em análises ou participarem como consultores “ad hoc” na apreciação de matérias submetidas ao comitê, ouvido todo o grupo;

VII. Encaminhar plano de trabalho anual e relatórios semestrais contendo os resultados obtidos com o trabalho do CURAME à coordenação geral (da Atenção Farmacêutica do Departamento de Redes de Atenção à Saúde);

VIII. Designar o membro responsável pela produção das atas de reuniões; IX. Assinar os pareceres finais, quando houver;

Art. 15º Ao Vice-Coordenador incumbe:

I. Substituir o Coordenador nas suas faltas ou impedimentos;

II. Prestar assessoramento ao Coordenador em matéria de competência do comitê. Art. 16º Aos membros incumbe:

I. Comparecer às reuniões;

II. Estudar e relatar os temas que lhes forem atribuídos; III. Propor temas de trabalho ao comitê;

IV. Apresentar proposições sobre as questões analisadas; V. Colaborar na preparação de documentos;

VI. Colaborar nas ações de campo delineadas;

VII. Desempenhar atribuições que lhes forem conferidas;

VIII. Manter o sigilo das informações referentes aos temas apreciados.

#### **Seção IV**

##### **Funcionamento**

Art. 17º Cada CURAME reunir-se-á ordinariamente uma (1) vez a cada dois (2) meses (bimestralmente), e extraordinariamente por solicitação do seu Coordenador ou em decorrência de requerimento de maioria simples do número de membros titulares.

Art. 18º As reuniões serão realizadas com a presença de maioria simples do número de membros titulares, suficiente para composição de quórum qualificado.

Art. 19º Os temas a serem trabalhados poderão emergir das reuniões das equipes de saúde, dos usuários, ou quaisquer outras esferas da SMS e propostos aos CURAME's. O objetivo é trabalhar de forma completa um tema por reunião, com apresentação dos resultados, conclusões e sugestões de encaminhamentos, na reunião seguinte.

Art. 20º Das discussões entorno do tema deverá emergir um plano de ação, com objetivo de resolver ou minimizar o problema em questão;

Art. 21º Os membros deverão definir indicadores que permitam avaliar a evolução do plano de ação e estratégias para sua mensuração;



Art. 22º A discussão será iniciada pela apresentação do tema a ser trabalhado, referente ao uso racional de medicamentos do Município. Em seguida, o entendimento de cada membro a respeito do tema é clarificado e são discutidas as causas raiz que estão relacionadas à existência do problema, e que prejudicam o processo de utilização do(s) medicamento(s) no município. Aquelas causas passíveis de serem trabalhadas são então selecionadas e é construído um plano de ação, voltado à resolução do problema.

Art. 23º Por plano de ação entendem-se as estratégias concretas voltadas à resolução de causas raiz, que induzem ao uso inadequado de medicamentos no Município. O plano deve incluir um cronograma definido de execução, e pode incluir ações de educação de profissionais ou usuários, propostas de modificações no processo assistencial, sugestões de inclusão ou exclusão de medicamentos no município, elaboração de documentos ou guias, encaminhamento de demandas a outros órgãos do município, entre outras, conforme tema abordado.

§1º Ao plano de ação, segue-se a execução das atividades do plano e o monitoramento dos resultados, com possibilidade de modificação, rediscussão ou encerramento do plano, quando da resolução dos problemas que originaram a análise.

Art. 24º Para cada plano de ação elaborado, o comitê indicará um membro que ficará responsável pelo seu desenvolvimento, em conjunto com os demais membros do comitê, bem como por relatar os resultados obtidos ao final do cronograma de execução do plano.

### **CAPÍTULO III**

#### **– DISPOSIÇÕES FINAIS –**

Art. 25º Os casos omissos e dúvidas, surgidos na aplicação do presente Regimento Interno, serão dirimidos pelos CURAME's, representados pelos seus coordenadores e vice-

coordenadores, reunidos com a coordenação geral, podendo contar com a participação de membros do colegiado da SMS/Curitiba.

Art. 26º O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta de 2/3 dos membros dos CURAME's e homologação pelo Secretário Municipal da Saúde.

Art. 27º O presente Regimento entrará em vigor após aprovação pelo voto de 2/3 dos membros dos CURAME's e homologação pelo Secretário Municipal da Saúde.

## Anexo D – Trabalhos apresentados em Congressos

### Titulos de trabalhos apresentados no 5º Congresso Brasileiro de Uso Racional de Medicamentos

- 1. Percepção dos apoiadores no desenvolvimento de um serviço de clínica farmacêutica em um contexto de Atenção Primária à Saúde**  
**Autor principal:** Rangel Ray Godoy  
**Coautores:** Thais Teles de Souza; Flávia Ludimila Kavale
- 2. Intervenções farmacêuticas para resolução dos problemas de prescrição e seleção da farmacoterapia na atenção primária à saúde**  
**Autores:** Beatriz Patriota; Marina Yoshie Miyomoto; Thais Teles de Souza
- 3. A automedicação e o uso racional de medicamentos em um Serviço de Clínica Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde**  
**Autores:** Fernanda Alcantara; Linda Kakitani; Thais Teles de Souza
- 4. Análise dos problemas relacionados à adesão ao tratamento identificados e intervenções realizadas em um serviço de clínica farmacêutica na atenção primária à saúde**  
**Autores:** Gisele Ballan; Marília Chinasso; Patrícia Bach; Silmara Simioni; Fernanda Alcantara; Thais Teles de Souza
- 5. O Matriciamento como ferramenta de articulação entre o Serviço de Clínica Farmacêutica e a equipe referência na Atenção Primária à Saúde**

**Autores:** Linda Tiekko Kakitani Morishita; Gisele Balan; Thais Teles de Souza

**6. O cuidado farmacêutico na melhoria dos resultados em saúde e qualidade de vida de um paciente com Insuficiência Cardíaca Congestiva: relato de caso**

**Autores:** Marília Chinasso; Gisele Balan; Thais Teles de Souza

**7. Intervenções farmacêuticas realizadas na atenção primária à saúde para resolução de problemas relacionados à efetividade e segurança da farmacoterapia**

**Autores:** Marina Yoshie Miyomoto; Beatriz Patriota; Thais Teles de Souza

**8. A importância da consulta farmacêutica em domicílio para identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia**

**Autores:** Patricia Bach; Silmara Simioni; Thais Teles de Souza

**9. A importância do Serviço de Clínica Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde: relato de caso**

**Autores:** Silmara Simioni; Patrícia Bach; Thais Teles de Souza

**10. Perfil nosológico dos pacientes atendidos em um Serviço de Clínica Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde**

**Autor principal:** Thais Teles de Souza

**Coautores:** Flávia Ludimila Kavalec; Rangel Ray Godoy; Natália Lombardi Fracaro; Cassyano Januário Correr; José Miguel do Nascimento Júnior

**11. Perfil Farmacoterapêutico dos pacientes atendidos em um Serviço de Clínica Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde**

**Autor principal:** Flávia Ludimila Kavalec

**Coautores:** Rangel Ray Godoy; Thais Teles de Souza; Natália Lombardi Fracaro; Michel Fleith Otuki; Karen Sarmento Costa

**12. Caracterização dos problemas relacionados à farmacoterapia e intervenções realizadas em um Serviço de Clínica Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde**

**Autor principal:** Thais Teles de Souza

**Coautores:** Rangel Ray Godoy; Flávia Ludimila Kavalec; Cassiano Januário Correr; Orlando Mario Soeiro; Karen Sarmento Costa

**13. Análise dos indicadores de um Serviço de Clínica Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde**

**Autor principal:** Flávia Ludimila Kavalec

**Coautores:** Thais Teles de Souza; Rangel Ray Godoy; Orlando Mario Soeiro; Maria Ondina Paganelli; José Miguel do Nascimento Júnior

**14. Atitude colaborativa dos farmacêuticos e frequência de atuação interprofissional com os médicos na Atenção Primária à Saúde**

**Autor principal:** Elize Kosloski Dranka

**Coautores:** Natália Fracaro Lombardi; Maria Ondina Paganelli; Michel Fleith Otuki; Orlando Mário Soeiro; Cassiano Januário Correr

### **Títulos dos trabalhos aceitos no 1º Congresso Brasileiro de Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica**

**1. QUALIFAR-SUS: O Eixo Cuidado nos municípios do Plano Brasil Sem Miséria**

**Autor principal:** Karen Sarmento Costa

**Coautores:** Maria Ondina Paganelli; Orlando Mário Soeiro; Suetônio Queiroz de Araújo; José Miguel do Nascimento Júnior

**2. Caracterização do cuidado farmacêutico: experiência na atenção básica à saúde em Curitiba-PR**

**Autor principal:** Maria Ondina Paganelli

**Coautores:** Karen Sarmento Costa; José Miguel do Nascimento; Orlando Mario Soeiro; Cassyano Januário Correr

### **Títulos dos trabalhos apresentados no 1º Congresso Brasileiro de Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica**

**1. Problemas de acesso aos medicamentos em pacientes polimedicados atendidos por farmacêuticos**

**Autor principal:** Rangel Ray Godoy; Thais Teles de Souza

**Coautores:** Flávia Ludimila Kavalec; Michel Fleith Otuki; Maria Ondina Paganelli

**2. Indicadores de um serviço de clínica farmacêutica na atenção primária à saúde**

**Autor principal:** Flávia Ludimila Kavalec Baitello

**Coautores:** Rangel Ray Godoy; Thais Teles de Souza; Cassyano Januário Correr; Karen Costa

**3. Perfil nosológico-farmacoterapêutico de pacientes atendidos por farmacêuticos na atenção primária à saúde**

**Autor principal:** Rangel Ray Godoy

**Coautores:** Thais Teles de Souza; Flávia Ludimila Kavalec; Maria Ondina Paganelli

**4. Problemas da farmacoterapia identificados e intervenções realizadas no serviço de clínica farmacêutica**

**Autor principal:** Thais Teles de Souza

**Coautores:** Rangel Ray Godoy; Flávia Ludimila Kavalec Baitello; Orlando Mario Soeiro; José Miguel do Nascimento Júnior

# Equipe do Projeto

## **EQUIPE MINISTÉRIO DA SAÚDE**

### *Supervisão Geral*

Carlos Augusto Grabois Gadelha – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS

José Miguel do Nascimento Júnior – Diretoria do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAF/MS

Karen Sarmento Costa – Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica – CGAFB/DAF/SCTIE

Suetônio Queiroz de Araújo – Supervisão Técnica de AF do Projeto QualiSUS-Rede

### *Coordenação Executiva do Projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*

Maria Ondina Paganelli – Consultoria Técnica – CGAFB/DAF/SCTIE

Orlando Mário Soeiro – Consultoria Técnica – CGAFB/DAF/SCTIE

### *Consultoria do Projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*

### **Supervisão Técnica em Cuidado Farmacêutico**

Cassyano Januário Correr

Michel Fleith Otuki

### **Apoio Regional em Cuidado Farmacêutico**

Flávia Ludimila Kavalec Baitello

Rangel Ray Godoy

Thais Teles de Souza



## **EQUIPE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA**

Adriano Massuda – Secretaria de Saúde da SMS Curitiba

Beatriz R. Ditzel Patriota – Coordenação da Atenção Farmacêutica / Dep.  
Redes de Atenção à Saúde (SMS)

Luiz Armando Erthal – Diretoria do Centro de Saúde Ambiental da SMS  
de Curitiba

### *Equipe de Condução – Farmacêuticos Nasf*

Beatriz Ribeiro Ditzel Patriota – Distrito Sanitário Cajuru

Cristiane Maria Chemin – Distrito Sanitário Portão

Daniele Chaves Cordeiro dos Santos – Distrito Sanitário Pinheirinho

Edson Natal Parise – Distrito Sanitário Bairro Novo

Elayne Cristina Busmayer – Distrito Sanitário Santa Felicidade

Linda Tieko Kakitani Morishita – Distrito Sanitário Boa Vista

Marilia Chinasso – Distrito Sanitário Boa Vista

Marina Miyamoto – Distrito Sanitário Cajuru

Patricia Bach – Distrito Sanitário Boa Vista

Rafael Bobato – Distrito Sanitário Matriz

Rosângela de Oliveira Amorim – Distrito Sanitário Boqueirão

Rosimeire Ferreira da Costa – Distrito Sanitário CIC

Silmara Simioni – Distrito Sanitário Boa Vista

### *Farmacêuticos da Rede de Atenção Básica do Município de Curitiba*

ISBN 978-85-334-2199-8



9 788533 421998

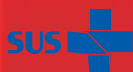


DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério da  
Saúde

