

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN
BACHARELADO EM FARMÁCIA

PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS FERNANDES

**AVANÇOS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE
ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL**

MOSSORÓ/RN
2020

PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS FERNANDES

**AVANÇOS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE
ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN,
como requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

Orientador: Prof. Me. Emanuell dos Santos Silva

MOSSORÓ/RN
2020

F363a Fernandes, Pedro Henrique dos Santos.

Avanços e desafios para a implementação do serviço de atenção farmacêutica na atenção primária à saúde do Brasil / Pedro Henrique dos Santos Fernandes. – Mossoró, 2020. 50f. : il.

Orientador: Prof. Me. Emanuell dos Santos Silva.
Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Atenção farmacêutica. 2. Assistência farmacêutica. 3. Atenção primária à saúde. 4. Atenção básica. I. Silva, Emanuell dos Santos. II. Título.

CDU 614(81)

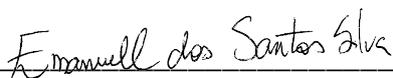
PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS FERNANDES

**AVANÇOS E DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE
ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pelo aluno PEDRO HENRIQUE DOS SANTOS FERNANDES ao Curso de Graduação em Farmácia, pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Farmácia, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora, constituída pelos professores:

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Me. Emanuell dos Santos Silva
(Orientador – FACENE/RN)



Prof^ª. Dra. Andreza Rochelle do Vale Morais
(Membro – FACENE/RN)



Prof^ª. Dra. Luanne Eugênia Nunes
(Membro – FACENE/RN)

*À Deus, sustentáculo da minha vida;
Aos meus amados pais, Gustavo (in memoriam) e Kelzanira,
com toda a minha admiração, pelo amor, zelo e apoio incondicional de sempre;
Aos meus irmãos, Paulo Henrique e Kaísa, por todo o apoio;
Aos meus amigos, pelo companheirismo ao longo desta jornada;
A todos que sempre torceram por mim.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu alicerce, por me guiar em todas as minhas decisões, por iluminar os meus caminhos, pelas inúmeras bênçãos concebidas e por me conceder força, sabedoria e determinação para que eu pudesse concluir a minha tão sonhada graduação com êxito, responsabilidade e zelo.

Aos meus pais, Gustavo (*in memoriam*) e Kelzanira, por todo o amor, pelos valiosos ensinamentos, pelo incentivo e apoio incondicional de sempre, por acreditarem nos meus sonhos e por todo o esforço feito, sem medidas, para que eu pudesse alcançar essa vitória.

Aos meus irmãos, Paulo e Kaísa, pela amizade, companheirismo e incentivo ao longo dessa jornada. Obrigado por sempre torcerem por mim.

Aos meus avós (*in memoriam*), exemplos de amor, caráter, fé e humildade, com quem aprendi importantes princípios e a quem devo muito por tudo que sou.

Aos meus tios, especialmente a Maria das Dores, Severina e Aparecida por todas as orações, preocupações, incentivos e por sempre vibrarem com as minhas conquistas.

Aos meus primos, especialmente a Micheline, pelo carinho, amizade, confiança, incentivo e torcida de sempre.

A minha afilhada, Ellen Júlia, e a Isabelle, por tudo que representam para mim.

Aos meus amigos, especialmente a Kátia do Vale, por acreditaram no meu potencial e estarem sempre na torcida pela realização desse sonho, sendo compreensivos nos momentos em que estive ausente.

Aos colegas da graduação, especialmente a Pabblo Gurgel, pelo companheirismo, fidelidade, confiança, solidariedade e paciência demonstrados ao longo desses 4 anos. Parceiro de muitas lutas, dupla de estágio e amigo para a vida. Com você, a caminhada se tornou mais leve.

Ao meu orientador e coordenador do curso de Farmácia da FACENE, Prof. Me. Emanuell dos Santos Silva, por ter aceitado o meu convite e contribuído de forma tão significativa para a conclusão dessa graduação. Muito obrigado pelos ensinamentos, pelo apoio, pela dedicação e pelo exemplo de farmacêutico, professor, orientador e coordenador que você é, sempre tão solícito, paciente e dedicado em tudo que faz.

A profa. Me. Ingrid de Queiroz Fernandes, por ter desenvolvido a ideia inicial desse trabalho comigo, tendo sido extremamente importante para a construção do mesmo.

As queridas professoras Dra. Andreza Rochelle e Me. Luanne Nunes, por prontamente aceitarem o meu convite para compor a banca examinadora deste Trabalho de Conclusão de Curso, trazendo relevantes contribuições através de importantes considerações, e por tudo que representam enquanto farmacêuticas e docentes do curso de Farmácia da Facene.

A todos os professores que tive a honra de conhecer e conviver durante a graduação, por compartilharem o conhecimento e a experiência, pautados na ética e responsabilidade, estimulando o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos profissionais com quem tive a oportunidade de conviver e aprender durante os estágios supervisionados, pela paciência, dedicação, confiança e conhecimentos repassados.

E por fim, mas não menos importante, agradeço à Faculdade Nova Esperança de Mossoró, em nome de todos os seus colaboradores, por ter sido a minha segunda casa durante esses 4 anos de muita dedicação e aprendizado. Sentirei orgulho ao falar que me graduei nessa instituição, reconhecida por formar profissionais de excelência.

A todos que citei, e aos que não citei, mas que de alguma forma contribuíram para a realização desse sonho, o meu muito obrigado! Essa conquista é nossa!

“Há medicamentos para toda a espécie de doenças, mas, se esses medicamentos não forem dados por mãos bondosas, que desejam amar, não será curada a mais terrível das doenças: a doença de não se sentir amado.”

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

A Atenção Farmacêutica consiste num modelo de prática profissional, que se caracteriza pela oferta de serviços de clínica farmacêutica, permitindo ao farmacêutico realizar a provisão responsável da farmacoterapia, com o objetivo de atingir resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. No Brasil, tal prática ainda se encontra em fase de implementação, encontrando dificuldades para a sua consolidação na Atenção Primária à Saúde. Neste sentido, por meio de uma revisão narrativa, este estudo objetivou conhecer o que a literatura especializada em saúde traz a respeito dos avanços e desafios para a implementação do serviço de Atenção Farmacêutica no primeiro de nível de atenção à saúde do país. Para isso, realizou-se um levantamento bibliográfico executado mediante a busca eletrônica de artigos indexados na base de dados LILACS e na biblioteca digital SciELO, e após a análise dos critérios de inclusão foram obtidas 35 publicações na íntegra. Para complementar, também foram utilizados livros, dissertações, tese e documentos oficiais como fontes de pesquisa. Os estudos apontaram uma mudança no perfil profissional do farmacêutico, que passou a atuar além da tradicional gestão do medicamento, com abordagem voltada para o cuidado ao paciente. Porém, esse profissional ainda encontra dificuldades para a sua inserção nos serviços básicos de saúde, devido, principalmente, a baixa aceitação das suas intervenções pelos demais profissionais da equipe. Ainda assim, algumas experiências conduzidas em Unidades Básicas de Saúde comprovaram os impactos positivos da Atenção Farmacêutica na resolução de problemas relacionados à farmacoterapia e na consequente melhora da qualidade de vida dos usuários do SUS, criando subsídios para a sua consolidação como modelo de prática profissional. Concluiu-se, portanto, que a incorporação dos serviços clínicos farmacêuticos na Atenção Básica contribui para a melhoria dos indicadores de saúde da população assistida, principalmente quanto ao controle de doenças crônicas e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, apesar de ainda serem escassas as produções científicas que tratam do panorama atual da Atenção Farmacêutica nos cuidados primários em saúde, havendo necessidade de maiores evidências para que se possa contribuir para o reconhecimento das atividades do farmacêutico pelas equipes de saúde.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária em Saúde. Atenção Básica.

ABSTRACT

The Pharmaceutical Care consists of a model of professional practice, which is characterized by the provision of pharmaceutical clinic services, allowing the pharmacist to make the responsible provision of pharmacotherapy, with the objective of achieving defined results that improve the quality of life of patients. In Brazil, this practice is still in the implementation phase, finding difficulties for its consolidation in Primary Health Care. In this sense, through a narrative review, this study aimed to know what the specialized health literature brings about advances and challenges for the implementation of the Pharmaceutical Care service at the first level of health care in the country. For this purpose, a bibliographic survey was carried out using the electronic search of articles indexed in the LILACS database and in the digital library SciELO, and after analyzing the inclusion criteria, 35 publications were obtained in full. To complement, books, dissertations, thesis and official documents were also used as research sources. The studies pointed to a change in the professional profile of the pharmacist, who started to act beyond the traditional management of the medication, with an approach focused on patient care. However, this professional still finds it difficult to insert himself into basic health services, mainly due to the low acceptance of his interventions by the other team professionals. Even so, some experiments conducted in Basic Health Units proved the positive impacts of Pharmaceutical Care in solving problems related to pharmacotherapy and in the consequent improvement in the quality of life of SUS users, creating subsidies for its consolidation as a model of professional practice. It was concluded, therefore, that the incorporation of clinical pharmaceutical services in Primary Care contributes to the improvement of the health indicators of the assisted population, mainly regarding the control of chronic diseases and the resolution of problems related to pharmacotherapy, although there are still few productions. scientific studies that deal with the current panorama of Pharmaceutical Care in primary health care, with the need for more evidence to contribute to the recognition of pharmacist activities by health teams.

Keywords: Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Assistance. Primary Health Care. Basic Attention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ciclo da Assistência Farmacêutica	20
Figura 2: Fluxograma da seleção dos artigos	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM's).....	24
Tabela 2: Fontes de pesquisa utilizadas na construção de todo o trabalho	32

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ATENFAR	Atenção Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CFE	Conselho Federal de Farmácia
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRM	Problemas Relacionados aos Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	17
3.1.1 Assistência Farmacêutica no contexto do SUS.....	20
3.2 ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	23
3.2.1 Histórico da Atenção Farmacêutica.....	23
3.2.2 A prática da Atenção Farmacêutica	24
3.2.2.1 Acompanhamento Farmacoterapêutico	27
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 DETALHAMENTO DO PROCESSO DE BUSCA	30
4.2.1 Critérios para inclusão e exclusão de fontes bibliográficas	30
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 A ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	33
5.2 IMPACTOS POSITIVOS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA OS CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE	35
5.3 PRINCIPAIS OBSTÁCULOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA APS.....	37
5.4 PERSPECTIVAS DE MUDANÇA PARA A CONSOLIDAÇÃO DESSE SERVIÇO COMO MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

No decorrer dos mais de 30 anos de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhou-se a evolução e os esforços para atender aos novos princípios e a mudança na lógica da provisão das ações e serviços de saúde propostos por esse sistema no Brasil. Estas ações, antes centradas na tendência hospitalocêntrica, foram substituídas por um modelo de atenção voltado para a prevenção e promoção da saúde, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), como ocorreu em outros países. Tal fato resultou de várias estratégias desenvolvidas em unidades de saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (MERCADANTE *et al.*, 2002; PAIM *et al.*, 2011).

Essa mudança de paradigma forçou a adequação dos serviços em todos os setores de saúde e esse cenário foi favorável à inserção e ao desenvolvimento da Assistência Farmacêutica nas políticas públicas de saúde, redefinindo o papel do farmacêutico, que passou a integrar as equipes multiprofissionais de saúde (GONÇALVES, 2017). A participação ativa do farmacêutico nestas equipes é vista como necessária para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para a melhoria dos resultados em saúde, particularmente no nível dos cuidados primários (MENDES, 2012).

Por muito tempo, o medicamento foi considerado provedor de saúde, porém, a ressignificação da Assistência Farmacêutica promoveu mudanças que vão além das atividades logísticas e outros serviços voltados à garantia do acesso a medicamentos de qualidade. Novas práticas em saúde estão mudando o foco dos serviços farmacêuticos, centralizando-os no paciente e considerando o medicamento como insumo estratégico (GONÇALVES, 2017).

Com a introdução dessas novas práticas, é possível ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade do uso de medicamentos, assim como elucidar os principais problemas relacionados com os medicamentos apresentados pelos pacientes. Esse novo modelo de atuação farmacêutica cria novos indicadores úteis aos gestores e aos profissionais de saúde, não apenas voltados ao acesso aos medicamentos, mas também aos resultados de saúde oriundos deles (BRASIL, 2014a).

Nesse contexto, a Atenção Farmacêutica surge como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica, que se caracteriza pela oferta de serviços de clínica farmacêutica, permitindo ao farmacêutico realizar o manejo integrado da farmacoterapia, aumentando a efetividade do tratamento (SANTOS, 2017). Esses serviços devem englobar um conjunto de ações assistenciais nos pontos de atenção à saúde,

ofertadas por meio de atendimento individual ou compartilhado com a equipe de saúde, que podem incluir a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a conciliação dos medicamentos e a avaliação e promoção da adesão terapêutica (BRASIL, 2014a).

Essa nova prática profissional exige dos farmacêuticos uma formação clínica e humanística, direcionando as preocupações para o cuidado integral do paciente, não restringindo a intervenção apenas à farmacoterapia. Um dos serviços mais complexos e completos de cuidado ao paciente, como um todo, no âmbito farmacêutico, é o acompanhamento farmacoterapêutico, cabendo ao profissional utilizar métodos consagrados e bem definidos cientificamente, como o SOAP, o DÁDER, o PWDT, para se obter resultados satisfatórios (BORGES, 2008; CHEMELLO *et al.*, 2014).

Na maior parte dos países desenvolvidos, a Atenção Farmacêutica já é realidade e tem demonstrado ser eficaz na redução de agravamentos dos portadores de patologias crônicas e de custos para o sistema de saúde. No Brasil, todavia, essa prática ainda está em fase de implementação e, para que se efetive, especialmente no setor público, devem-se conscientizar os gestores de que, como já demonstrado na literatura, há redução de custos para o sistema de saúde e uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes (PEREIRA; FREITAS, 2008).

A estrutura e as rotinas desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde ainda dificultam a implantação desse serviço, devido, em parte, às condições inerentes ao atendimento. Em grande parte destas unidades há intenso fluxo de usuários, os recursos humanos são insuficientes e o processo de gestão é priorizado em detrimento do tempo e da qualidade do atendimento. O serviço farmacêutico é o elo final da cadeia, de modo que o usuário, quase sempre cansado pela espera, na fila da farmácia ou outra, está mais preocupado com o rápido atendimento do que com a orientação propriamente dita (GONÇALVES, 2017).

Ainda nesse contexto, acredita-se que a implantação da Atenção Farmacêutica no Brasil tem sido gradativa, principalmente, pelo fato de a maioria dos farmacêuticos não terem uma formação voltada para a prestação desse serviço, sendo, em muitos casos, forçados a lapidar-se com a prática diária e com as dificuldades encontradas no mercado de trabalho (BOVO *et al.*, 2009).

Barberato, Scherer e Lacourt (2019), em seu estudo de revisão, realizado em 2019, avaliaram a inserção do trabalho do farmacêutico na atenção primária no Brasil, apontando como obstáculos para a implantação do serviço de Atenção Farmacêutica na APS a baixa aceitação das intervenções do farmacêutico pelos demais profissionais de saúde, que não veem como necessária a presença regular desse profissional na equipe. Além das dificuldades

relacionadas à aceitação e reconhecimento do trabalho do farmacêutico, também foram sinalizadas a falta de apoio estrutural para o trabalho, insuficiência no número de profissionais, gerando sobrecarga, e a escassez de farmacêuticos no sistema público. O estudo aponta ainda a incipiente repercussão na literatura sobre essa tendência.

Embora a produção científica tenha se dedicado com maior avidez aos estudos concernentes às mudanças no papel do farmacêutico nos últimos anos, outras demandas ainda estão presentes na agenda de pesquisa em relação a esse tema. Para exemplificar, encontra-se a necessidade de estudos de integralização e discussão das informações acerca do desenvolvimento do serviço de Atenção Farmacêutica no contexto da atenção primária, de modo que seja averiguado o avanço epistemológico e se possa contribuir para o reconhecimento das ações do farmacêutico nas equipes de saúde.

Assim, em virtude desse momento de atualização dos serviços farmacêuticos e da escassez de dados nacionais robustos sobre o panorama atual da Atenção Farmacêutica nos cuidados de saúde primários no Brasil, ganha significância o desenvolvimento de um estudo de revisão bibliográfica que evidencie os avanços e os obstáculos que se erguem frente à classe farmacêutica para a execução desse serviço na APS, buscando-se identificar e discutir os principais fatores que interferem na sua consolidação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão narrativa da literatura sobre os avanços e desafios para o desenvolvimento e implementação do serviço de Atenção Farmacêutica na Atenção Primária em Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as principais atribuições práticas dos farmacêuticos que trabalham no Primeiro Nível de Atenção à Saúde;
- Avaliar a importância e os impactos positivos do desenvolvimento do serviço de Atenção Farmacêutica nos Cuidados Primários;
- Apresentar os principais obstáculos encontrados pela classe farmacêutica frente ao desenvolvimento do serviço de Atenção Farmacêutica nesse nível de atenção;
- Mostrar as perspectivas de mudança para a consolidação desse modelo de prática profissional na Atenção Primária à Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Durante o século XX, o Brasil passou por grandes transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais. O intenso período de industrialização e desenvolvimento econômico ocorreu simultaneamente à instabilidade política, golpes militares e governos autoritários, com curtos períodos democráticos (PAIM *et al.*, 2011).

No contexto de redemocratização do país, a Constituição Federal (CF), promulgada em 1988, transformou a saúde em direito de cidadania e dever do Estado, dando origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, promovendo mudanças na organização da saúde pública no Brasil (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

As ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde –, de 19 de setembro de 1990, que estabelece a organização básica das ações e serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo no SUS; e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece as disposições legais para a participação da sociedade na gestão do sistema e as formas e condições das transferências intragovernamentais no SUS. Este sistema tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade, em um contexto de descentralização político-administrativa e participação social no controle da gestão (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Segundo Mercadante *et al.* (2002), os princípios doutrinários do SUS orientaram a construção de um sistema de saúde que modificaria a lógica de provisão de ações e serviços, substituindo a tendência hospitalocêntrica e curativa por um modelo de atenção voltado para a prevenção e promoção da saúde. Assim, priorizou-se o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) – ou Atenção Básica (AB), como é denominada no Brasil – na implantação do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde, sendo o primeiro contato com o Sistema de Saúde e “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012a). Seu objetivo é oferecer o acesso universal aos serviços, coordenar e estender a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações

intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças, por meio da descentralização, com o apoio de programas inovadores. Para isso, foram utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos e organizacionais, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (PAIM *et al.*, 2011).

De acordo com Giovanella *et al.* (2009), a implantação do PSF, em 1994, estava voltada, inicialmente, à extensão de cobertura dos serviços, com foco nas áreas de maior risco social, adquirindo, gradativamente, centralidade na agenda do governo, transformando-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. Corroborando essa informação, Paim *et al.* (2011) afirmam que o programa fundamentou-se nos princípios e diretrizes do SUS para estruturar as Unidades de Saúde, vinculadas à rede de serviços, de forma a garantir a integral assistência aos indivíduos e famílias, e assegurar sua transferência para os serviços de alta complexidade.

Além dos avanços, inúmeros foram os desafios a serem superados após a criação do SUS e a implantação inicial desses programas (BRASIL, 2006a). Entre os principais problemas e obstáculos para o fortalecimento da APS encontrados, estão a falta de capacitação dos profissionais e gestores para este nível de atenção; a desvalorização desses profissionais; o desinteresse ou desconhecimento da população sobre APS e a correta utilização dos serviços; a infraestrutura e os sistemas de informação precários e a falta de organização e articulação entre os níveis da rede de saúde, em função da dimensão e da heterogeneidade do país e da dificuldade administrativa nos diferentes níveis de governo (ORLANDIN *et al.*, 2017).

Dessa forma, pretendendo vencer a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e consolidar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS, o Ministério da Saúde (MS) aprova as diretrizes para a implantação do “Pacto pela Saúde 2006”, o qual estava estruturado em três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Entre as prioridades do “Pacto pela Vida”, destaca-se a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados pelo SUS, com ênfase na consolidação e na qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006a).

Em 2006, através da Portaria nº 648, o MS publicou aquilo que é considerado o marco histórico para o fortalecimento e a expansão da ESF, visando à reorganização da AB no Brasil: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b). Em 2008, para ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, formados por equipes de profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades (PINTO, 2018).

Estas equipes multiprofissionais devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, em conjunto com as equipes da ESF, na revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, expandindo-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, além de buscar instituir a plena integridade física e mental aos usuários do SUS. A integração da atuação possibilita as discussões de casos clínicos, o atendimento compartilhado entre profissionais e a construção de modelos terapêuticos, ampliando e qualificando as intervenções no território e na saúde dos indivíduos (BRASIL, 2008).

Segundo Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais definidas a partir das necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem estar organizados para oferecer-lhes atenção contínua e integral, operando em total coerência com a situação de saúde dos usuários. Todavia, desencadeou-se uma crise nesses sistemas, em função da acelerada transição demográfica e da situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas, quando se prioriza o enfrentamento das condições agudas, não sendo possível responder efetivamente a essas necessidades de saúde.

Assim, é essencial que os sistemas acompanhem as transformações e características dos seus usuários, de forma a ofertá-los serviços efetivos e resolutivos. E por mais que se evidenciem os diversos avanços do SUS desde a sua criação, este ainda necessita se reinventar diante de novas demandas e possibilidades de assistência, tendo ainda que estar resguardado no seu caráter político, econômico e de sustentabilidade tecnológica (PAIM *et al.* 2011).

Neste sentido, em 30 de dezembro de 2010, fora publicada a Portaria GM/MS nº 4.279, em que foram estabelecidas as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, que configuram arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Houve ainda uma atualização da PNAB, publicada em 2011, reforçando que a Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema e o centro de comunicação da RAS, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011a).

Para Santos (2017), os sistemas de saúde modernos caracterizam-se pela vinculação do SUS a áreas específicas, de forma integrativa, tendo a área farmacêutica um papel inovador e transversalista, com o objetivo de fortalecer a universalização do acesso, a equidade dos serviços ofertados e a integralidade das ações de saúde. Assim, para o funcionamento de um

sistema de saúde complexo, organizado através de normas legais, são implementadas políticas de saúde específicas, dentre as quais se destaca a Assistência Farmacêutica (AF).

3.1.1 Assistência Farmacêutica no contexto do SUS

A Assistência Farmacêutica, enquanto política pública de saúde, teve início em 1971, por meio do Decreto nº 68.806, que instituiu a Central de Medicamentos (CEME), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos, por meio de uma política centralizada, além de incentivar a criação e produção de medicamentos no Brasil (BRASIL, 1971).

Uma importante contribuição da CEME foi a elaboração da lista de medicamentos essenciais para o país, que logo viria a ser uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), como forma de garantir o provimento de medicamentos essenciais, sendo esse um dos elementos básicos da APS (PORTELA *et al.*, 2010). Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população (OMS, 2002).

Contudo, o foco da CEME estava apenas no acesso aos medicamentos, havendo dificuldades concernentes ao armazenamento e à garantia de qualidade. Nesse momento, ainda não havia sido instituída uma política de medicamentos ativa e a lista de medicamentos padronizados foi atualizada somente quatro vezes, não havendo colaboração para a estruturação de serviços da Assistência Farmacêutica, indo de encontro aos princípios da CEME. A Central de Medicamentos foi desativada por meio do Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997 (CAVALCANTI; SOBRINHO, 2017).

Com a edição da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Para o alcance desse propósito, foram estabelecidas as Diretrizes da PNM, priorizando-se a reorientação da Assistência Farmacêutica, a adoção e revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a promoção do uso racional de medicamentos e a organização das atividades de Vigilância Sanitária de medicamentos. Essa proposta de reorganização da AF apresentada pela PNM tinha como base a descentralização da gestão; o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção do uso racional e seguro de medicamentos; a otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e o desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos (BRASIL, 1998a).

Originalmente, a RENAME havia sido instituída em 1975, através da Portaria MPAS nº 233, de 08 de julho de 1975, padronizando os medicamentos essenciais para tratamento das doenças prevalentes na população brasileira, ficando estabelecida a necessidade de constante atualização da mesma, de conformidade com os princípios preconizados pela OMS, para o cumprimento de lista seletiva e limitada de medicamentos indispensáveis ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população (SILVA, 2000).

Em 06 de maio de 2004, através da Resolução nº 338, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), dando à AF uma abordagem mais ampla e definindo-a como sendo o conjunto de ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, em que o medicamento é o insumo essencial, devendo ser usado de maneira racional. A Assistência Farmacêutica abrange a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos farmacêuticos e também as atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, acompanhamento e avaliação da utilização dos medicamentos, garantindo a eficácia e a qualidade dos produtos e serviços (BRASIL, 2004).

O principal objetivo da Assistência Farmacêutica é contribuir para a qualidade de vida da população, integrando as atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, apoiando as ações na promoção do acesso aos medicamentos essenciais e promovendo seu uso racional (BITTENCOURT, 2014).

Para o cumprimento dessas ações são necessárias ferramentas de gestão e informação, planejamento e organização oportunos, financiamento e recursos humanos suficientes, bem como o controle e avaliação constantes nas etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007), conforme a Figura 1.

Figura 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Adaptado de Marin *et al.* (2003)

No contexto do SUS, a Assistência Farmacêutica está organizada em três componentes específicos. O Componente Básico da AF, de responsabilidade dos Estados e municípios, visa assegurar medicamentos essenciais para atender aos agravos prevalentes e prioritários da AB. O Componente Especializado da AF visa garantir medicamentos para a total assistência à saúde, a fim de tratar doenças que estão descritas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, estando a sua responsabilidade a cargo dos Estados. Já o Componente Estratégico, tem financiamento tripartite e visa proporcionar medicamentos para doenças endêmicas e epidêmicas, tais como HIV/AIDS, tuberculose, doença de chagas, malária, leishmaniose, hanseníase (BRASIL, 2009a).

Cercada de desafios, a implantação efetiva da AF no âmbito do SUS ainda preocupa profissionais e gestores que atuam na área, não apenas em relação aos recursos envolvidos, mas também pelas ações e demandas de serviços de saúde. Mesmo com a adoção de medidas para melhoria da AF, ainda faltam adequações dos meios e de ferramentas, a fim de amenizar as dificuldades financeiras e administrativas, no âmbito assistencial e gerencial da AF no SUS (BRASIL, 2011b). Para Bruns, Luiza e Oliveira (2014), a gestão da AF se constitui em um desses desafios, em consequência do seu alto custo e grau de complexidade, que abrange diversos aspectos, além da baixa qualidade dos serviços farmacêuticos, crescimento da demanda de medicamentos, insuficiência e deficiência no planejamento dos recursos públicos e falhas nos componentes que constituem o Ciclo da Assistência Farmacêutica. A execução de uma logística bem estruturada pode gerar resultados satisfatórios no acesso aos serviços prestados, melhorando a eficiência e controlando os gastos no serviço público.

Visando a qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do MS, implantou, em 2012, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), organizado em quatro eixos (estrutura, educação, informação e cuidado), contribuindo para o desenvolvimento, implantação e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, integral e humanizada à população (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014a).

Em muitos casos, a AF ainda está relacionada apenas à logística do medicamento do ponto de vista da gestão e das políticas públicas, visando apenas à garantia do acesso aos medicamentos (BRASIL, 2014a). Diante disso, muitos farmacêuticos que trabalham no SUS, acabam sendo coniventes com os pensamentos dos gestores, privilegiando apenas o abastecimento e o acesso aos medicamentos. Dessa forma, restringe-se a prática clínica

farmacêutica, sendo o usuário o mais prejudicado, por não receber o cuidado farmacêutico adequado (ARAÚJO; FREITAS, 2006; BRASIL, 2014a).

3.2 ATENÇÃO FARMACÊUTICA

3.2.1 Histórico da Atenção Farmacêutica

O movimento em favor da prática clínica farmacêutica teve início na década de 1960, nos Estados Unidos, com o objetivo de aproximar o farmacêutico do paciente e da equipe de saúde, permitindo o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia. Após esse movimento, por volta de 1970, buscou-se redefinir o papel desse profissional em relação ao paciente, uma vez que a Farmácia Clínica estava limitada ao ambiente hospitalar e centrada na análise da farmacoterapia dos pacientes, enquanto o farmacêutico estava mais focado no atendimento das necessidades da equipe de saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Neste sentido, Mikeal *et al.* (1975), de forma despretensiosa, iniciaram a construção do conceito de Atenção Farmacêutica, quando afirmaram que o farmacêutico deveria prestar “a atenção que um dado paciente requer e recebe, com garantias do uso seguro e racional dos medicamentos”. Em adição, Brodie, Parish e Poston (1980) afirmaram que o farmacêutico deveria ofertar e realizar todos os serviços necessários para uma farmacoterapia eficaz.

Em 1990, Hepler e Strand empregaram o termo “*Pharmaceutical Care*” pela primeira vez na literatura científica, traduzido no Brasil como Atenção Farmacêutica, e definido como a provisão responsável da farmacoterapia a fim de se alcançar resultados satisfatórios, melhorando a qualidade de vida do paciente. Algum tempo depois, Cipolle e colaboradores (2000) revisaram esse conceito e o transformaram em uma prática clínica (HEPLER; STRAND, 1990; CIPOLLE *et al.*, 2000).

Em período próximo, surgiu o termo “*Atención Farmacéutica*” na Espanha, com o desenvolvimento de seguimento farmacoterapêutico, denominado Método Dáder, elaborado por um grupo de investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada. Também foram realizados alguns consensos em Granada (Espanha) para criar conceitos, modelos de acompanhamento e classificar Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) (PEREIRA; FREITAS, 2008).

No Brasil, o termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, realizado em

2002, que definiu Atenção Farmacêutica como sendo “um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS, 2002; PEREIRA; FREITAS, 2008).

O conceito brasileiro evidencia-se por considerar a promoção da saúde, incluindo a educação em saúde, como macrocomponente da prática da Atenção Farmacêutica, o que constitui um importante diferencial quando comparado aos conceitos estabelecidos em outros países (OPAS, 2002).

Em 2013, através da Resolução CFF nº 585, o Conselho Federal de Farmácia define o conceito de Cuidado Farmacêutico com foco no paciente, como uma relação humanizada que envolve respeito, expectativas e atitudes orientados para as condições de saúde do paciente e para o uso de medicamentos, em que o farmacêutico e o paciente compartilham a tomada de decisão e as responsabilidades alcançadas com a farmacoterapia (BRASIL, 2013a).

3.2.2 A prática da Atenção Farmacêutica

A Atenção Farmacêutica (ATENFAR), na perspectiva do cuidado, caracteriza-se por meio da oferta de serviços de clínica farmacêutica, que possibilita ao farmacêutico realizar o manejo integrado da farmacoterapia, responsabilizando-o por um controle mais efetivo sobre as doenças. Nesse contexto, surgem os serviços clínicos farmacêuticos, que buscam promover a utilização racional e segura dos medicamentos e, de forma mais abrangente, a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, indo além de um discurso tecnicista medicalizante e considerando aspectos situacionais, emotivos e subjetivos, que envolvem a realidade do paciente (SANTOS, 2017).

A prática profissional para o exercício da ATENFAR no Brasil envolve macrocomponentes, definidos na Proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, como a educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos); orientação farmacêutica; dispensação; atendimento farmacêutico; acompanhamento/seguinto farmacoterapêutico; além do registro sistemático das

atividades, mensuração e avaliação dos resultados (OPAS, 2002). Para isso, o farmacêutico atende o paciente diretamente, avalia e orienta em relação à farmacoterapia prescrita pelo médico, por meio da análise das suas necessidades relacionadas aos medicamentos e detectando PRM (BOVO; WISNIEWSKI; MORSKEI, 2009).

O II Consenso de Granada, realizado em 2002, define PRM como sendo “problemas de saúde entendidos como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem ao não alcance dos objetivos terapêuticos ou ao surgimento de efeitos não desejados”. A classificação de PRM’s, segundo esse Consenso, segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança (COMITÊ DE CONSENSO, 2002) (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM).

Necessidade	PRM1: O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar um medicamento que necessita. PRM2: O paciente apresenta um problema de saúde por utilizar um medicamento que não necessita.
Efetividade	PRM3: O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma inefetividade não quantitativa de medicamento. PRM4: O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma inefetividade quantitativa de medicamento.
Segurança	PRM5: O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma insegurança não quantitativa de medicamento. PRM6: O paciente apresenta um problema de saúde em consequência de uma insegurança quantitativa de medicamento.

Fonte: Adaptado de Comitê de Consenso (2002).

No mesmo ano, o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, através de sua proposta, definiu PRM como “um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário”. Ainda segundo essa proposta, o PRM pode ser real, quando manifestado, ou potencial, quando há possibilidade de ocorrer, podendo ser ocasionado por causas relativas ao sistema de saúde, ao usuário e seus hábitos biopsicossociais, aos profissionais de saúde e ao medicamento (OPAS, 2002).

Por ter relação direta com o paciente, o exercício do Cuidado Farmacêutico, denominação atual para Atenção Farmacêutica no Brasil, exige competência, habilidade, reflexão, atitude e autonomia do farmacêutico, atuando em conjunto com a equipe de saúde. Além disso, o desempenho desse serviço passa pela construção de relação terapêutica entre o farmacêutico e o paciente, pelo entendimento dos fatores que regem o comportamento do

paciente no contexto singular e pela negociação com os saberes e práticas populares de saúde, de forma a assegurar a continuidade e a autonomia dos pacientes em relação ao autocuidado (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015).

O Cuidado Farmacêutico pretende alcançar as seguintes metas:

- A orientação integral ao paciente, voltada para o acesso aos medicamentos de que necessita;
- A educação do paciente sobre seus medicamentos e problemas de saúde, de forma a garantir sua autonomia sobre o tratamento e promover o autocuidado, com a ajuda da equipe multiprofissional;
- A promoção da adesão dos pacientes aos medicamentos, através da orientação sobre o tratamento, da redução da sua complexidade e da garantia de recursos que facilitem a utilização de medicamentos;
- A otimização da farmacoterapia, através da revisão da polifarmácia;
- A avaliação da efetividade da farmacoterapia, bem como o seu ajuste, quando necessário, com o prescritor e a equipe de saúde;
- A identificação, o controle e o manejo de erros de medicação, interações medicamentosas, reações adversas e riscos associados aos medicamentos;
- A orientação do paciente para a guarda e o descarte correto dos medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde ligados ao tratamento (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Por meio de serviços como a dispensação de medicamentos, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a conciliação medicamentosa e a promoção da adesão terapêutica, o farmacêutico pode alcançar essas metas, gerenciando a farmacoterapia do paciente de forma integrada e contínua, aumentando a segurança e a efetividade do tratamento, controlando os problemas de saúde e contribuindo para a melhoria na qualidade de vida (BRASIL, 2012a; CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2015).

Para Borges (2008), esse novo modelo de assistência exige uma formação clínica e humanística dos farmacêuticos, voltando às preocupações para o indivíduo de forma integral, não intervindo apenas na farmacoterapia. Ainda segundo o autor, ao realizar a ATENFAR, cabe ao profissional utilizar métodos consagrados e bem definidos cientificamente, pois o sucesso do acompanhamento farmacoterapêutico dependerá de um planejamento bem estruturado.

3.2.2.1 Acompanhamento Farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço realizado no âmbito do cuidado farmacêutico, cuja diferença em relação aos demais consiste na perspectiva de continuidade do cuidado provido pelo farmacêutico em diversas consultas com o paciente. Este serviço corresponde ao gerenciamento da farmacoterapia, através da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente. Seu principal objetivo é a prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, com o propósito de obter bons resultados clínicos, diminuir os riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde (CFF, 2016).

Pereira e Freitas (2008) afirmam que é possível melhorar o controle sobre a doença através do acompanhamento farmacoterapêutico, em função do maior conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos e à melhor comunicação entre os membros da equipe de saúde. Além disso, podem-se reduzir os erros de medicação e as reações adversas por meio da detecção de problemas relacionados à farmacoterapia.

Levando em conta que o serviço ainda está fase de implantação no Brasil, os farmacêuticos que atuam em Farmácias-Escolas têm a responsabilidade de repassar seus conhecimentos e contribuir para o desenvolvimento desta área, na busca por resultados que melhorem a saúde do paciente e o próprio sistema de saúde pública, quanto à eficácia e à segurança dos tratamentos. Ressalta-se ainda que para o desenvolvimento da prática do acompanhamento farmacoterapêutico é necessário capacitar os farmacêuticos que desejam atuar na área clínica (CHEMELLO *et al.*, 2014).

Cipolle e seus colaboradores (1998) avaliaram que o acompanhamento farmacoterapêutico, tal como outras práticas em saúde, carece de procedimentos de trabalho normatizados e validados para ser executado com máxima eficiência, permitindo a avaliação do processo e, sobretudo, dos resultados, além de possibilitar que outros farmacêuticos possam também aplicar o mesmo método, facilitando o aprendizado e o ganho de experiência e tornando a comunicação mais efetiva entre os profissionais.

Na literatura, estão disponíveis diversos métodos para acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, destacando-se entre eles o Método Dáder, o *Pharmacotherapy Workup* (PW) e o SOAP, que visam fornecer ao farmacêutico algumas ferramentas e sugestões de abordagens e procedimentos para a realização do atendimento clínico (PEREIRA; FREITAS, 2008; CASTRO *et al.*, 2008; CORRER; OTUKI, 2011).

O Método Dáder foi desenvolvido em 1999 pelo *Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica*, da Universidade de Granada. Enquanto modelo de acompanhamento farmacoterapêutico, a sua utilização inicia-se com a oferta do serviço ao usuário, seguida da primeira entrevista, quando são colhidas informações relacionadas aos problemas de saúde e da farmacoterapia, que irão embasar a construção da história farmacoterapêutica do paciente. Posteriormente, o profissional realiza uma análise situacional, a fim de fazer uma leitura completa do estado de saúde do paciente e avaliar a melhor forma de intervenção e monitorização da evolução do acompanhamento (fase de estudo e avaliação global). Em um segundo momento, o farmacêutico elabora um plano de ação juntamente com o usuário e realiza as intervenções necessárias. Por fim, verifica-se se os resultados pretendidos foram alcançados (resultado das intervenções) e reavalia-se a necessidade de novas ações (entrevistas sucessivas) (MACHUCA *et al.*, 2003).

Para Correr *et al.* (2016) as principais vantagens do Método Dáder são a sua abordagem inicial, que é extensa, mas é bem completa, e a disponibilização de tempo para a análise das informações na fase de estudo, possibilitando uma avaliação mais detalhada da literatura disponível.

O Método de Estudo da Terapia Farmacológica – *Pharmacotherapy Workup* (PW), denominado, inicialmente, de *Pharmacist's Workup of Drug Therapy* (PWDT), foi desenvolvido por Strand e colaboradores, na Universidade de Minnesota (EUA). Sua realização deve ser sistematizada, contínua, através de uma relação terapêutica criada com o paciente. O método consiste uma série de perguntas padronizadas, cujas respostas originam um conjunto de hipóteses continuamente testadas, facilitando a tomada de decisão quanto à melhor farmacoterapia para o paciente. Os três principais componentes do método são: acessar e avaliar os dados do paciente, seus problemas de saúde e a terapêutica adotada (identificação de PRM), com o desenvolvimento de um plano de ação que possa ser monitorado para avaliação da evolução dos resultados (CIPOLLE *et al.*, 1998).

Correr *et al.* (2016) consideram que esse método é bem desenvolvido quanto ao planejamento dos cuidados a serem oferecidos ao paciente, além de facilitar o processo como um todo, haja vista que não é um simples formulário a ser preenchido.

O Método SOAP é o mais utilizado pelos profissionais de saúde do Brasil, tendo como vantagem a sua objetividade e seu fácil entendimento por qualquer profissional de saúde. Os dados subjetivos (S) dizem respeito às queixas do paciente e a outras informações fornecidas por ele ou pelo acompanhante. Na intervenção farmacêutica, devem-se coletar informações sobre o uso de medicamentos e a relação destes com as referidas queixas. Os dados objetivos

(O) abrangem sinais vitais, resultados de exames e testes laboratoriais. A avaliação (A) relaciona-se com as conclusões sobre a situação do paciente, sobretudo os problemas identificados na farmacoterapia. O plano (P) refere-se às intervenções realizadas, como: orientações prestadas ao paciente e ao acompanhante, as sugestões feitas para mudanças na farmacoterapia e o encaminhamento a outros profissionais (CORRER *et al.*, 2016).

A escolha do método a ser empregado será feita com base na formação e prática do profissional e do ambiente em que será realizado. Métodos mais complexos, como o Dáder, podem ser aplicados em fase de capacitação, pois o detalhamento e o tempo despendido à análise das informações obtidas permitem um melhor gerenciamento do processo, facilitam a obtenção e a internalização de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e do raciocínio clínico. Com a obtenção de experiência na realização do processo, métodos mais práticos e objetivos podem ser utilizados ou adaptados, levando em conta as necessidades do serviço e da população (CORRER *et al.*, 2016).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, que possui caráter amplo, apropriado para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (VOSGERAU; ROMANOWSK, 2014). Para esse tipo de revisão, não se faz necessária uma abordagem explícita e sistemática do processo de busca e avaliação das publicações utilizadas, ao contrário dos outros métodos de revisão (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2018).

Ao prescindir de tal abordagem, a revisão narrativa torna-se um método mais suscetível a vieses de seleção dos autores. Todavia, Gil (2017) aponta como principal vantagem da pesquisa bibliográfica a possibilidade de o investigador abranger uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

No caso, a escolha desse método de revisão deveu-se à opção por um método que permitisse uma visão mais geral do objeto de estudo.

4.2 DETALHAMENTO DO PROCESSO DE BUSCA

4.2.1 Critérios para inclusão e exclusão de fontes bibliográficas

A pergunta de pesquisa, norteadora do processo de busca, foi: “*Quais os avanços e os principais obstáculos que se erguem frente à classe farmacêutica para o desenvolvimento e implementação do serviço de Atenção Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde do Brasil?*”.

A despeito da não obrigatoriedade de uma investigação minuciosa em um processo de busca e avaliação de publicações, preferiu-se pela busca de artigos em bases de dados, no intuito de se obter uma maior aproximação de um rigor metodológico, complementada por livros disponíveis gratuita e eletronicamente.

Além dos artigos e livros, incluiu-se como fonte de pesquisa a chamada literatura cinzenta, definida por Brugnollo Filho *et al.* (2006) como produção não convencional e semipublicada, constituída por um conjunto de materiais que vão desde publicações não revisadas até documentos de conteúdo não muito concreto, como relatórios, teses, publicações governamentais (documentos oficiais), traduções avulsas, dissertações, literatura originada de

encontros científicos ou gerada durante ou após término de uma pesquisa, anais de congresso e *preprints*, que não são disponíveis em esquemas comerciais de venda.

Realizou-se um levantamento bibliográfico executado mediante a busca eletrônica de artigos indexados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na biblioteca digital Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se os descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: “Atenção Farmacêutica”; “Assistência Farmacêutica”; “Atenção Primária em Saúde” e “Atenção Básica”, no mês de maio de 2020.

Os títulos e os resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica foram revisados. Quando possível, as publicações elegíveis, que pareceram atender aos critérios de inclusão, de forma que apresentassem as informações necessárias para a elucidação do objeto de estudo sobre o qual esta revisão se propôs a discorrer e que estavam disponíveis gratuitamente, foram obtidas integralmente. Excluíram-se os trabalhos duplicados, indexados em mais de uma base de dados, e aqueles que não responderam à questão norteadora desse estudo.

A sistematização do recrutamento das publicações elegíveis obtidas nas bases consultadas está representada na forma de fluxograma (Figura 2), com a descrição do processo de busca e o respectivo quantitativo de estudos localizados. Da mesma forma, na Tabela 2 estão representadas todas as fontes de pesquisa utilizadas.

Figura 2. Fluxograma da seleção dos artigos.

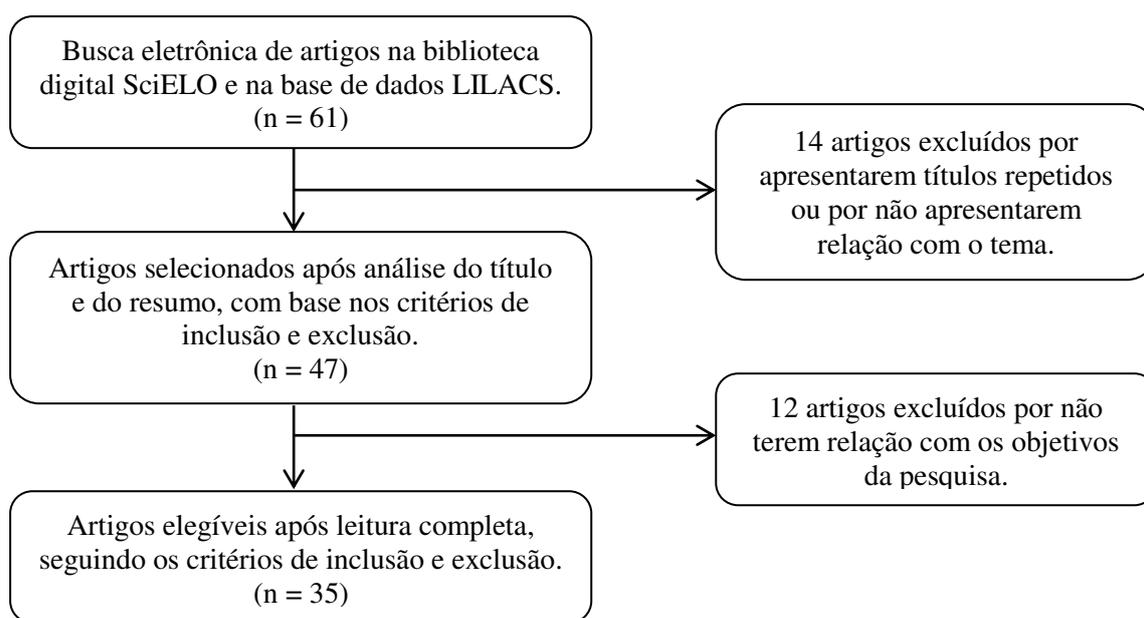


Tabela 2. Fontes de pesquisa utilizadas na construção de todo o trabalho.

Fontes de Pesquisa	Quantidade
Artigos científicos	35
Livros	17
Literatura Cinzenta	
Dissertações	4
Teses	1
Documentos Oficiais	
Constituição Federal	1
Decretos	1
Leis	2
Portarias	8
Resoluções	4
Diretrizes	2
Guias	2
Total	77

Fonte: Autoria Própria (2020).

Todo esse processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise descritiva, gerando subsídios para a construção de um texto consolidado como resultado deste trabalho.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Ainda que esse tipo de estudo não necessite do processo de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa, foram respeitados os princípios éticos da pesquisa ao serem referenciadas as obras, resguardando-se os direitos autorais das publicações utilizadas para a construção dessa revisão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando atender aos objetos propostos por essa revisão, optou-se por realizar um levantamento geral na literatura para apresentar e discutir as principais atribuições do farmacêutico nos cuidados primários em saúde; a importância do desenvolvimento do serviço de Atenção Farmacêutica para esse nível de atenção, atestando seus impactos positivos, assim como os principais obstáculos que se erguem frente à classe farmacêutica para a execução dessa prática; além das perspectivas de mudanças para a consolidação desse modelo de prática profissional na APS.

5.1 A ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A inserção do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil ainda encontra desafios e dificuldades quanto ao reconhecimento e aceitação das intervenções desse profissional. Algumas conquistas normativas, nos últimos anos, foram fundamentais para potencializar a sua atuação na APS: a Política Nacional de Medicamentos; a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF/2004); a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2006), atualizada em 2011; e a publicação da portaria de criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, atualizada em 2014 (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

A aprovação da PNAF, em 2004, trouxe qualidade para os serviços da farmácia, aperfeiçoando os processos de gerenciamento dos planos de Assistência Farmacêutica e o atendimento qualificado na dispensação de medicamentos, contribuindo muito para o fortalecimento da presença do farmacêutico no SUS. A princípio, a atuação do farmacêutico estava voltada somente ao cumprimento de funções de planejamento e execução da logística, entretanto, o amadurecimento das políticas de saúde e a visualização da AF como parte fundamental do processo de cuidado em saúde colaboraram para o envolvimento deste profissional, tanto na equipe de saúde quanto na atenção ao usuário (BRASIL, 2009b).

A criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pelo Ministério da Saúde, em 2008, previu incentivo financeiro para a contratação, por parte dos gestores, de farmacêuticos para atuação nestes núcleos, junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2008). A participação do farmacêutico nas equipes multiprofissionais passou a ser vista como necessidade para atender as demandas do modelo de atenção às condições crônicas e para a melhoria dos resultados em saúde, particularmente no nível dos cuidados primários.

Dessa forma, em 2011, a atualização da PNAB passa a incluir o profissional farmacêutico na composição da equipe do NASF (BRASIL, 2011a; MENDES, 2011).

As atribuições do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde se dividem entre ações técnico-gerenciais e ações técnico-assistenciais. As ações técnico-gerenciais se constituem em ações de suporte ao processo gerencial da assistência farmacêutica, voltadas, principalmente, para a logística do medicamento, além de oferecer suporte à prescrição e à dispensação. Já as ações técnico-assistenciais se baseiam na gestão clínica do medicamento e se caracterizam por serviços centrados no paciente, de forma a garantir o uso racional de medicamentos e a obtenção de resultados terapêuticos positivos (BRASIL, 2011c).

A inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional do NASF possibilita que esse profissional desenvolva tanto ações de gestão quanto de cuidado à saúde dos usuários. O cuidado farmacêutico, no contexto da atenção básica, diz respeito a ações que envolvam as duas dimensões do apoio: a clínico-assistencial, na qual o farmacêutico realiza ações de cuidado centradas nos usuários; e a técnico-pedagógica, relativa às ações que atendam às necessidades das equipes por meio de educação permanente e de outras ações compartilhadas (BRASIL, 2014a).

O avanço dos serviços farmacêuticos na APS deve partir da reconfiguração do processo de trabalho dos farmacêuticos, de maneira a aprimorar atividades já existentes e implementar novas atividades. Com a inserção de novas práticas, possibilita-se ampliar o cuidado em saúde e aumentar a resolutividade do uso de medicamentos, bem como conhecer os principais problemas relacionados a estes vivenciados pelos usuários (BRASIL, 2014a).

A atuação clínica do farmacêutico como estratégia para a aquisição de melhores resultados com os tratamentos e outras tecnologias em saúde, para a redução da morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos, para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, já foi comprovada através de diversos estudos disponíveis na literatura e é amplamente desenvolvida em vários países (MARTÍNEZ *et al.*, 2014).

No Brasil, tal prática ainda se encontra em fase de desenvolvimento e, para que se intensifique, principalmente no setor público, deve-se prover a conscientização dos gestores de que, como demonstram múltiplos estudos, o cuidado farmacêutico proporciona impacto positivo no controle de doenças crônicas, associado à redução de custos para o sistema de saúde e à melhora da qualidade de vida dos pacientes (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Neste sentido, o Conselho Federal de Farmácia publicou duas resoluções importantes em 2013, oferecendo suporte ético e normativo para a execução das atividades farmacêuticas na área clínica: A Resolução nº 585, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico,

e a Resolução nº 586, que regula a prescrição farmacêutica de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Os serviços clínicos farmacêuticos podem ser realizados em diferentes estabelecimentos de saúde, incluindo farmácia comunitária, farmácia hospitalar, serviços de urgência e emergência, serviços de atenção primária à saúde, ambulatórios, atendimentos domiciliares, instituições de longa permanência, entre outros (CFF, 2016).

5.2 IMPACTOS POSITIVOS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA OS CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE

No Brasil, vários estudos controlados, a fim de testar o impacto do cuidado farmacêutico, já foram realizados. Os resultados mostram benefícios desses serviços para a adesão ao tratamento e satisfação dos usuários, entre eles: idosos, diabéticos, hipertensos, pessoas com alto risco coronariano, síndrome metabólica, dislipidemia, asmáticos, com depressão e insuficiência cardíaca. Diversas iniciativas nacionais para a implantação desses serviços no SUS já foram tomadas e mostraram caminhos importantes a serem seguidos (BRASIL, 2015).

Uma experiência conduzida em uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo avaliou as atividades do farmacêutico em relação à estruturação e organização do serviço, melhoria do padrão de prescrição médica, elaboração de método de orientação e implantação de serviços de clínica farmacêutica, como educação em saúde, orientação farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico, apresentando resultados estatisticamente significativos na redução da falta de medicamentos; aperfeiçoamento da qualidade da prescrição e redução do número de medicamentos prescritos aos usuários (MELO; CASTRO, 2017).

A provisão da Atenção Farmacêutica a idosos, na rede pública, foi avaliada em um estudo sobre o uso racional de medicamentos por esses usuários. Verificou-se que esse serviço constitui uma importante ferramenta para prevenir a automedicação e melhorar a eficácia do tratamento, garantindo assim o uso seguro dos medicamentos e a obtenção de resultados terapêuticos positivos (BECHI, 2015).

Outro estudo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Salto Grande, região centro-oeste do Estado de São Paulo, entre 2006 e 2008, avaliou o impacto de um Programa de Atenção Farmacêutica no uso racional de antimicrobianos. Para isto, foi

realizada uma análise comparativa do padrão de prescrição de antimicrobianos no período de um ano antes e após a implantação desse programa. Os dados obtidos demonstraram que o Programa de Atenção Farmacêutica promoveu redução do número de prescrições de antimicrobianos, do número médio de antimicrobianos por prescrição e do número de prescrições destes medicamentos para um mesmo paciente nos espaços de tempo ≤ 7 dias e de 8 a 30 dias. Observou-se, ainda, a diminuição da prescrição de antimicrobianos de segunda escolha e com toxicidade elevada, e da ocorrência de efeitos clínicos indesejados decorrentes de interações medicamentosas clinicamente indesejadas. Com esses resultados, comprova-se a importância do serviço de Atenção Farmacêutica para a melhoria do uso racional de antimicrobianos (NETO; VIEIRA; CUMAN, 2011).

Provin *et al.* (2010) relataram os resultados da implantação de um programa de Atenção Farmacêutica que propõe a inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. As ações foram desenvolvidas em unidades de saúde do município de Goiânia/GO, e a equipe de farmacêuticos local foi treinada para o exercício da Atenção Farmacêutica. Em 12 meses, 50 pacientes foram atendidos e 154 PRM foram detectados, sendo o mais frequente a falta de efetividade terapêutica, em partes devido a não adesão ao tratamento. Mostrou-se, então, que a Atenção Farmacêutica como estratégia de Assistência Farmacêutica é potencialmente capaz de melhorar a assistência à saúde dos usuários do SUS.

Ainda nesse contexto, algumas experiências de implantação de acompanhamento farmacoterapêutico no serviço público, através da utilização de métodos consagrados e bem definidos cientificamente, tiveram resultados satisfatórios. Em 2006, foi realizado um estudo com 18 usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Farmácia-Escola da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O processo aplicou o Método PW e os dados obtidos evidenciaram que as intervenções farmacêuticas foram determinantes para a responsabilização da saúde e a otimização do uso de medicamentos, com a resolução de 83% dos problemas relacionados à farmacoterapia e melhorando a adesão ao tratamento em 69,2% dos casos (SILVA *et al.*, 2008).

Silva (2015) avaliou a importância do acompanhamento farmacoterapêutico a 25 pacientes com Hanseníase, atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo. Aplicou-se o método Dáder, baseado na obtenção da história farmacoterapêutica do paciente, avaliação do seu estado de situação, e verificou-se que todos os pacientes apresentaram resultados negativos relacionados aos medicamentos (RNM), sendo realizadas 50 intervenções farmacêuticas, como o ajuste no horário de administração dos fármacos e a orientação em medidas não-farmacológicas.

Outra experiência, realizada entre 2011 e 2012, no Município de Santarém/PA, avaliou os resultados do acompanhamento farmacoterapêutico a 30 pacientes portadores de Diabetes Mellitus, atendidos em uma Unidade Básica de Saúde desse município, demonstrando o impacto dos problemas relacionados aos medicamentos (PRM) antes e após o acompanhamento. Utilizando-se o Método Dáder, foram detectados 90 PRM e todos foram resolvidos, apenas desenvolvendo o serviço de Atenção Farmacêutica, permitindo melhorar o tratamento dos pacientes atendidos por médicos, enfermeiros e agentes de saúde, agregando habilidades técnicas específicas que contribuíram para a detecção e resolução dos PRM e, como consequência disto, melhorando a adesão e a qualidade de vida desses pacientes (SILVA; SOUZA, 2017).

Dessa forma, acredita-se que a prática profissional da Atenção Farmacêutica, ofertada como serviço clínico, seja adequada para a realidade do país, destacando-se a importância da utilização de um método de tomada de decisão racional sobre farmacoterapia pelo farmacêutico, a fim de otimizar o uso de medicamentos pelos usuários do SUS (SILVA *et al.*, 2018).

5.3 PRINCIPAIS OBSTÁCULOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA APS

Em todo o mundo, diversos estudos discutem os desafios encontrados na implementação de serviços clínicos baseados em Atenção Farmacêutica. A maioria desses estudos aponta como dificuldade a formação tradicional do farmacêutico e a ausência de percepção da necessidade do cuidado farmacêutico por outros profissionais de saúde, pacientes e até pelos próprios farmacêuticos. No Brasil, a formação tradicional do farmacêutico não é voltada para o cuidado em saúde, não subsidiando os profissionais com as competências necessárias para a prática clínica, privilegiando habilidades técnicas voltadas ao produto, o medicamento. Em consequência, farmacêuticos têm se sentido inseguros em relação à oferta do cuidado na Atenção Primária à Saúde (SILVA *et al.*, 2018).

Araújo e colaboradores (2017) realizaram um levantamento de informações numa amostra de serviços de atenção básica, em municípios representativos das regiões do Brasil, a fim de caracterizar os serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde no SUS, com vistas ao acesso e à promoção do uso racional de medicamentos. Além de outros profissionais, foram entrevistados 285 farmacêuticos, dos quais apenas 79 (21,4%) afirmaram realizar atividades de natureza clínica. Os principais motivos alegados pela maioria desses

profissionais para não realizar tais atividades foram: nunca ter sido solicitado; não dispor de tempo e de local específico para realiza-las, condição fundamental à preservação da privacidade e confidencialidade no atendimento ao usuário; excesso de atividades sob responsabilidade do farmacêutico; ausência de formação específica; falta de incentivo pelo município; pessoal insuficiente na farmácia, dentre outros.

Rodrigues, Aquino e Medina (2018) mostraram os resultados de uma avaliação orientada por critérios e padrões de qualidade de estrutura e processo de trabalho de serviços farmacêuticos no cuidado ao paciente com tuberculose em duas unidades de saúde de Salvador/BA. Os autores concluíram que a farmácia com maior deficiência na estrutura apresentou baixa consolidação no processo de trabalho dos farmacêuticos, enquanto a farmácia com melhor estrutura apresentou consolidação plena, demonstrando os reflexos diretos da ausência de um espaço físico adequado para a realização do cuidado farmacêutico sobre a qualidade do serviço.

Um estudo de revisão sobre o trabalho do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde apontou como dificuldade para a implantação de um serviço de Atenção Farmacêutica nesse nível de atenção a baixa aceitação das intervenções do farmacêutico pelos demais profissionais de saúde, possivelmente pelo fato de o farmacêutico, naquele contexto, não pertencer efetivamente à equipe, não sendo a sua presença regular vista como necessária. Além dessas dificuldades, também foram sinalizadas a falta de apoio estrutural para o trabalho, insuficiência no número de profissionais gerando sobrecarga, escassez de farmacêuticos trabalhando no sistema público e a dificuldade de encontra-lo, quando inserido, trabalhando na atividade privativa de dispensação (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Conscientizar a população da importância do farmacêutico para a atenção integral é um desafio que está posto, assim como trabalhar em equipes de atenção primária em que a realidade é multifacetada e a atuação do profissional tem se voltado, de forma restrita, à gestão técnica do medicamento (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

5.4 PERSPECTIVAS DE MUDANÇA PARA A CONSOLIDAÇÃO DESSE SERVIÇO COMO MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL

Para Pereira e Freitas (2008), o Brasil segue a tendência mundial de intensa mudança na área do medicamento que permeia o sistema de saúde, envolvendo a implementação de ações preconizadas pelo SUS, a readequação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos

de graduação em Farmácia, a atuação conjunta da ANVISA, do MS e das OPAS no fortalecimento das ações voltadas ao uso racional de medicamentos, criando um cenário que favorece mudanças e abre possibilidades para a inserção de novas práticas da APS.

Ainda segundo esses autores, para a implementação da Atenção Farmacêutica no Brasil faz-se necessária uma mudança de paradigma, isto é, as tecnologias precisam se adequar e estarem embasadas no acolhimento e nas necessidades do usuário; avaliação da capacitação e do perfil do farmacêutico para o desenvolvimento desse modelo de prática profissional, buscando, caso seja necessário, estratégias para treiná-los e prepara-los para isso; criação e validação, social e econômica, de modelo tecnológico de Atenção Farmacêutica, de forma que se permita demonstrar, ou não, os benefícios com ela pretendidos (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Segundo Barberato, Scherer e Lacourt (2019), as recentes mudanças institucionais e normativas no cenário nacional potencializaram a atuação do farmacêutico na APS e redefiniram o papel do farmacêutico, para atuar além da tradicional gestão do medicamento, com abordagem voltada para o cuidado. A inserção do farmacêutico na equipe, a capacitação e o uso de novas ferramentas para atuar na APS e a criação de um elo com os usuários do sistema ampliam as interfaces a gerir e impõe novos desafios no plano das competências.

Apesar do predomínio do isolamento do farmacêutico na APS, em função da dificuldade de reconhecimento e aceitação das intervenções desse profissional, há perspectivas de fortalecimento da sua integração à equipe, uma vez que a experiência da implantação do serviço de Atenção Farmacêutica tem alterado a visão dos profissionais da APS sobre o trabalho do farmacêutico, como um profissional que se preocupa e se responsabiliza pelo usuário, além das características de técnico e fiscalizador (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Conforme relataram Barros, Silva e Leite (2020), a literatura atual já alude a coexistência, a importância e a interlocução dos múltiplos serviços clínicos nos programas de cuidado farmacêutico aos usuários das redes de atenção à saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu importantes ponderações sobre a cultura do farmacêutico e seu esforço de integração e exercício de uma prática clínica na Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil. Essa inserção ainda encontra dificuldades quanto ao reconhecimento e aceitação das intervenções desse profissional, principalmente por parte da equipe multiprofissional, porém diversos estudos controlados, já realizados, mostraram resultados satisfatórios alcançados com a implantação do serviço de Atenção Farmacêutica, ajudando a fortalecer a importância do papel desempenhado pelo farmacêutico no cuidado à saúde dos usuários e alterando a visão dos demais profissionais de saúde da APS.

Outros obstáculos para a prática da Atenção Farmacêutica na APS também foram apontados através desse levantamento bibliográfico, como o predomínio da formação tecnicista do farmacêutico, ausência de espaço físico adequado para a realização das atividades, acúmulo de vínculos empregatícios, com consequente falta de tempo, e falta de incentivo por parte dos gestores. Todavia, as perspectivas de mudanças para a consolidação dessa prática são animadoras, tendo em vista o fortalecimento das ações voltadas ao uso racional de medicamentos, que criam possibilidades para a inserção de novos serviços nesse nível de atenção à saúde, permitindo novas competências aos farmacêuticos.

Evidenciou-se ainda o acentuado número de pacientes com dificuldades associadas à farmacoterapia, principalmente no que tange a não adesão ao tratamento medicamentoso e a monitorização de condições crônicas de saúde, com consequente identificação de Problemas Relacionados aos Medicamentos pelos farmacêuticos que realizam o serviço de Atenção Farmacêutica em Unidades Básicas de Saúde. Os resultados satisfatórios dos estudos utilizados comprovam os impactos positivos dessa prática profissional para melhorar a assistência à saúde e a qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde e justificam a necessidade de incorporação do farmacêutico na gestão do cuidado junto à equipe.

Dessa forma, a incorporação dos serviços clínicos farmacêuticos nos serviços básicos de saúde contribui para a melhoria dos indicadores de saúde da população assistida, principalmente quanto ao controle de doenças crônicas e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. No entanto, ainda são escassas as publicações científicas que tratam do panorama atual da Atenção Farmacêutica nos cuidados primários em saúde, havendo necessidade de maiores evidências para que se possa contribuir para o reconhecimento das atividades do farmacêutico pelas equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.** [online], v.42, n.1, p. 137-146, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n1/29868.pdf>>. Acesso em: 14 Mai. 2020.

ARAÚJO, P. S.; COSTA, E. A.; GUERRA JUNIOR, A. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; ÁLVARES, J. *et al.* Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Rev Saude Publica.** 2017; 51 Supl 2:6s. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007109.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2020.

BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; LACOURT, R. M. C.; O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], n. 24, v.10, p. 3717-3726, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n10/1413-8123-csc-24-10-3717.pdf>>. Acesso: 08 Mai. 2020.

BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços farmacêuticos clínicos na Atenção Primária à Saúde do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2020; 18(1):e0024071.

BECHI, V. S. Atenção Farmacêutica: Uso racional de medicamento na rede pública pelos idosos. **FACIDER Revista Científica**, Colider, n. 07, 2015.

BITTENCOURT, R. A. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Município de Uruguaiana – RS.** 2014. 128 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública Baseada em Evidências). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

BORGES, A. P. S. **Avaliação do impacto clínico e da viabilidade econômica da implantação de um modelo de Atenção Farmacêutica em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeiro Preto – SP.** 2008. 138 p. Dissertação (Mestrado em Medicamentos e Cosméticos). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BOVO, F.; WISNIEWSKI, P.; MORSKEI, M. L. M.; Atenção Farmacêutica: papel do farmacêutico na promoção da saúde. **Rev. Biosáude** [online], Londrina, v. 11, n. 1, p. 43-56, jan./jun. 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/Justec/Downloads/24303-108943-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Justec/Downloads/24303-108943-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 09 Mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jun. 1971. Seção 1, p. 4839.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. 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 dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 Set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 Dez. 1990b. Seção 1, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 Nov. 1998a. Seção 1, p. 18-22.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev 2006a. Seção 1, p.43-51.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006b. Seção 1, p. 71-76.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2008. Seção 1, n. 43, p. 38-40. Republicada por ter saído com incorreção no DOU nº 18, de 25 de janeiro de 2008, p. 47-49.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul. **Guia do Farmacêutico no Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: CRFRS, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 31 dez. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48-55.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília: CONASS, 2011b. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7).

_____. Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais. **A IMPORTÂNCIA DO FARMACÊUTICO NO SUS – Suas Competências e Atribuições nas Ações de Saúde Pública**. Organizador CASP-CRF/MG. 1ª Ed. Belo Horizonte: CRF/MG, 2011c. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. 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/DF, 14 jun. 2012b.

_____. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013a.

_____. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Secretaria de Ciência,

Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. (Caderno 1).

_____. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 596, de 21 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 mar. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRODIE, D. C.; PARISH, P. A.; POSTON, J. W. Societal needs for drugs and drug-related services. **Am. J. Pharm. Educ.**, v. 44, n. 3, p. 276-78, 1980.

BRUGNOLLO FILHO, *et al.* **Literatura Cinzenta: Teses. Eventos. Relatórios**. 2006. 31 p. Tese (Doutorado) - Curso de Artes, Biblioteconomia e Documentação, Universidade de São Paulo Escola de Comunicações e Artes, São Paulo, 2006.

BRUNS, S. F.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Rev. Adm. Pública** [online]. v. 48, n. 3, p. 745-765, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n3/10.pdf>>. Acesso em: 14 Mai. 2020.

CASTRO, M. S.; FUCHS, F. D.; FERREIRA, M. B. C. Reflexão sobre a Prática e o Ensino do Seguimento Farmacoterapêutico de Pacientes. In: STORPIRTIS, S. [*et al.*]. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. 36, p. 360-366, 2008.

CAVALCANTI, M.; SOBRINHO, J. L. S. Análise da Agenda e formulação da Política Nacional de Medicamentos brasileira na perspectiva da Análise do Discurso. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2017. Disponível em: <<http://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1214/1175>>. Acesso em 14 Mai. 2020.

CHEMELLO, C.; SOUZA, F.; PATRÍCIO, E. S.; FARIAS, M. R. Pharmaceutical care as a strategy to improve the safety and effectiveness of patients' pharmacotherapy at a pharmacy school: a practical proposal. **Braz. J. Pharm. Sci.**, v. 50, n. 1, p. 185-193, 2014.

CIPOLLE, R.; STRAND, L.M.; MORLEY, P. **Pharmaceutical Care Practice**. Nova York: McGraw-Hill, 1998.

_____. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 2000.

COMITÊ DE CONSENSO. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados a Medicamentos. **Ars Pharm.**, v. 43, n. 3-4, p. 175-184, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília: CFF, 2016. 200 p.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev. Pan-Americana Saúde** [online]. v. 2, n. 3, pp. 41-49, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v2n3/v2n3a06.pdf>>. Acesso em: 15 Mai. 2020.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORRER, C. J.; NOBLAT, L. A. C. B.; CASTRO, M. S. Modelos de seguimento farmacoterapêutico. In: SOARES, L. (Org.). **Atuação clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6a ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], n.14, v.3, pp.783–794, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>>. Acesso em: 14 Mai. 2020.

GONÇALVES, M. G. B. **Serviços farmacêuticos em Unidades de Saúde no Município de São Paulo: diagnóstico situacional e proposta de sistemática para o acompanhamento farmacoterapêutico**. 2017. 132 p. Dissertação (Mestrado em Fármaco e Medicamentos). Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J. Método Dáder. **Guia de Seguimento Farmacoterapêutico**. Granada: UGR, 2003.

MARIN, N. *et al.* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARQUES, L. A. M; VALE, F. V. V. R.; NOGUEIRA, V. A. S. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Jan. 2011.

MARTÍNEZ, F. M. [*et al.*]. **Consigue**: Informe 2011-2014, Medida del impacto clínico, económico y humanístico del servicio de Seguimento Farmacoterapêutico em mayores polimedicados, em la farmácia comunitaria española. Madri: Consejo General De Colegios Oficiales de Farmacêuticos, 2014.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNIK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing and healthcare. **A guide to best practice**. 4. Ed. Filadélfia: Wolters Kluwer Health, p.3-24, 2018.

MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª Ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 512 p.

MERCADANTE, O. A. (Coord.). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 328 p. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-05.pdf>>. Acesso em: 08 Mai. 2020.

MIKEAL, R. L.; BROWN, T. R.; LAZARUS, H. L.; VINSON, M. C. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v.32, n.6, p.567-574, 1975.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 1 ° ed. Brasília: MS, 2009.

NETO, P. R. O.; VIEIRA, J. C.; CUMAN, R. K. N. Impacto da atenção farmacêutica no uso racional de antimicrobianos em uma unidade básica de saúde no interior do Estado de São Paulo. **Acta Scientiarum. Health Sciences** [online], Maringá, v. 33, n. 2, p. 159-164, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/8006/pdf>>. Acesso em: 18 Mai. 2020.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Selección de medicamentos esenciales. In: **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la Organización Mundial da Saúde**. Ginebra: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta**. Brasília: OPAS, 2002. p. 24.

ORLANDIN, E. A. S. *et al.* Uma agenda de pesquisa para a Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo, Brasil: o estudo ELECT. **Interface** (Botucatu) [online], v. 21, n. 61, p. 349-361, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160103.pdf>>. Acesso em: 14 Mai. 2020.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet** [online], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 08 Mai. 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Rev. História, Ciências, Saúde - Manguinhos** [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, pp. 15-36, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em: 14 Mai. 2020.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>>. Acesso em: 09 Mai. 2020.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência**

& **Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.23, n.6, p. 1903–1913, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>>. Acesso em: 14 Mai. 2020.

PORTELA, A. D. S.; LEAL, A. A. F.; WERNER, R. P. B.; SIMÕES, M. O. S.; MEDEIROS, A. C. D. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, n.31, v.1, p. 09-14, 2010. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/930/930>. Acesso em: 15 Mai. 2020.

PROVIN, M. P.; CAMPOS, A. P.; NIELSON, S. E. O.; AMARAL, R. G. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 717-723, 2010.

RODRIGUES, F. F.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde no cuidado ao paciente com tuberculose. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 173-187, Out. 2018.

SANTOS, F. T. C. **Análise da implantação de serviços clínicos farmacêuticos na atenção básica em uma região do município de São Paulo**. 2017. 67 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

SILVA, R. C. S. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 215 p.

SILVA, A. S.; JÚNIOR, D. P. L.; MUCCINI, T.; NETO, P. G. S. G.; SANTANA, D. P. Avaliação do serviço de Atenção Farmacêutica na otimização dos resultados terapêuticos de usuários com hipertensão arterial sistêmica: um estudo piloto. **Rev. Bras. Farm.** v.89, n.3, p. 255-258, 2008.

SILVA, A. S. A importância da Farmácia Clínica no acompanhamento dos pacientes com Hanseníase em uma unidade Básica de Saúde. **Hansen Int.** 2015; 40 (1): p. 9-16.

SILVA, C.; SOUZA, J. O farmacêutico na unidade básica de saúde: atenção farmacêutica ao portador de Diabetes Mellitus em uma unidade de saúde pública, no município de Santarém/PA. **Acta Farmacêutica Portuguesa**. v. 6, n. 1, pp. 38-44, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Justec/Downloads/153-420-1-SM.pdf>>. Acesso em: 18 Mai. 2020.

SILVA, D. A. M.; MENDONÇA, S. A. M.; OLIVEIRA, D. R.; CHEMELLO, C. A prática clínica do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 659-682, Mai/Ago. 2018.

VOSGERAU, D. S. A. R; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014. Disponível em: < file:///C:/Users/Justec/Downloads/2317-3811-1-SM.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2020.