



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

BELMIRO MORGADO JUNIOR

**CONSULTÓRIO AMBULATORIAL FARMACÊUTICO:
VIABILIZAÇÃO DO ACESSO
AOS MEDICAMENTOS NA SAÚDE PÚBLICA**

São José do Rio Preto
2019

BELMIRO MORGADO JUNIOR

**CONSULTÓRIO AMBULATORIAL
FARMACÊUTICO: VIABILIZAÇÃO DO
ACESSO AOS MEDICAMENTOS NA
SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre. *Área de Concentração*: Processo do Trabalho em Saúde. *Linha de Pesquisa*: Gestão e Educação em Saúde (GES). *Grupo de Pesquisa*: Núcleo de Estudos sobre morbidade referida, gestão e educação em saúde. (NEMOREGES)

Orientador: Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce

**São José do Rio Preto
2019**

Ficha Catalográfica

Morgado Jr, Belmiro.
Consultório ambulatorial farmacêutico: viabilização do acesso aos medicamentos na saúde pública / Belmiro Morgado Júnior.
São José do Rio Preto; 2019.
104p.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde
Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde (GES)
Grupo de Pesquisa: Núcleo de Estudos sobre morbidade referida, gestão e educação em saúde (NEMOREGES).
Orientador: Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce
1. Medicamentos Essenciais; 2. Atenção Farmacêutica; 3. Assistência Ambulatorial 4. Política de Saúde; 5. Integralidade em Saúde; 6. Sistema Único de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Amélia Zanon Ponce
Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto

Profa. Dra. Adriane Lopes Medeiros
Coordenação da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo
Secretaria de Saúde do Estado de SP

Profa. Dra. Rosana De Gasperi Pagliuso
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Profa. Dra. Andréia de Haro Moreno
Centro Universitário Padre Albino - UNIFIPA

São José do Rio Preto, 11 de abril de 2019

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimentos.....	ii
Epígrafe.....	iii
Lista de Figuras.....	iv
Lista de Tabelas e Quadros.....	v
Lista de Abreviaturas.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Resumen.....	ix
1.Introdução.....	01
2.Objetivos.....	08
3.Métodos.....	10
3.1. Tipos de estudo.....	11
3.2.Local de estudo.....	11
3.3. Coleta de dados.....	13
3.4.Análise de dados.....	18
4.Resultados.....	19
5.Discussão.....	30
6.Conclusões.....	46
Referências Bibliográficas.....	48
Anexos.....	56
Apêndice.....	58
Manuscrito.....	63

DEDICATÓRIA

Dedico o desenvolvimento desse trabalho às pessoas que precisam de medicamentos para o tratar suas enfermidades. Aos pacientes, usuários do Sistema Único de Saúde – SUS e também da saúde suplementar, que possam encontrar pontes de acesso para seu tratamento, a fim de receberem assistência de qualidade, cuidado com segurança e efetividade, respeito e humanização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, causa e razão de todas as coisas, o qual me coloco a serviço;

À minha família, que me incentiva e me apoia no aprimoramento e evolução.

Aos amigos, em especial à Simone Trovó, querida amiga e grande companheira de jornada durante o mestrado;

Ao Hospital Escola Emilio Carlos (HEEC) e Fundação Padre Albino, nominalmente, ao Sr Benedito Carlos Rodrigues, Administrador do HEEC, Dr. Amarante - Presidente da FPA, que permitiram desenvolver essa pesquisa;

À Elisa, secretária da Administração, pelo presente que para mim é o consultório farmacêutico;

Ao meu coordenador, Sr. Eliézer Valle Clemente e ao time de farmacêuticos, que em mim confiam e que juntos possamos identificar oportunidades de melhorias na assistência e cuidado farmacêutico ao paciente, usuário de medicamentos, que transita em toda a rede de atenção à saúde.

À Profa. Dra. Zaida, por abrir as portas da pós-graduação em Enfermagem para um farmacêutico;

À Juliana Candido, secretária do PPGE, nossa fada “Tilim Tim”, que tão bem nos acolhe e nos encoraja;

E principalmente à minha orientadora, Profa. Dra. Maria Amélia, pela qualidade da atenção,

em pleno instinto maternal, esperando o Lucas, irmão do Miguel. Pacientemente me

conduziu com carinho nessa gestação conjunta do projeto de mestrado.

Meu muito obrigado é simples e modesto, porém, profundo e sincero.

EPIGRAFE

*“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível”.*

São Francisco de Assis

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Amostra de estudo - critérios de inclusão e exclusão.....15
- Figura 2.** Natureza das demandas atendidas no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....16
- Figura 3.** Resolutividade dos casos atendidos no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....17
- Figura 4.** Frequência entre as especialidades médicas que mais solicitaram medicamentos não dispostos na RENAME, com os tipos de medicamentos, conforme a classificação ATC, consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....25

LISTA DE TABELAS E QUADROS

- Tabela 1.** Perfil sociodemográfico e a origem dos pacientes atendidos no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....20
- Tabela 2.** Frequência dos componentes da Assistência Farmacêutica atendidos no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....21
- Tabela 3.** Associação entre os medicamentos contemplados na RENAME, Não dispostos na RENAME e Outros, com os tipos de medicamentos, conforme a classificação ATC no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....22
- Tabela 4.** Associação entre os medicamentos contemplados na RENAME não dispostos na RENAME e Outros, com as especialidades médicas no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....23
- Tabela 5.** Frequência da natureza das demandas de origem, consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....25
- Tabela 6.** Associação entre a natureza das demandas de origem e a resolutividade no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....26
- Tabela 7.** Associação entre a natureza das demandas de origem e os tipos de medicamentos, conforme a classificação ATC, no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....26
- Tabela 8.** Associação entre a resolutividade e os tipos de medicamentos, conforme a classificação ATC, das demandas que necessitaram de processos administrativos, no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.....28
- Quadro 1.** Resultados Negativos dos Medicamentos - RNM.....14

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade
- CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- CEDMAC – Centro De Dispensação de Medicação De Alto Custo
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
- CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde
- CID – Código Internacional da Doença
- DALY – *Disabilty Adjusted Life of Yers*
- DM – Diabetes Mellitus
- DRS – Departamento Regional de Saúde
- FPA – Fundação Padre Albino
- HEEC – Hospital Escola Emílio Carlos
- ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
- LME – Laudo Para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos Especializados
- MS – Ministério da Saúde
- NAT – Núcleo de Apoio Técnico
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PCDT – Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
- PENAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
- REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
- RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- RESME – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
- RNM – Resultados Negativos Associados à Medicação
- SIG TAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do Sistema único de Saúde.
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

No atual perfil epidemiológico da população encontram-se predominantemente doenças crônicas não transmissíveis, cujo controle requer uso contínuo de medicamentos. Acessar as tecnologias farmacêuticas tornou-se um desafio para a integralidade do cuidado e à integração dos níveis de atenção no sistema público de saúde. **Objetivo:** analisar o impacto de um consultório ambulatorial farmacêutico em hospital escola de médio porte, na resolução de problemas de saúde não tratados, com enfoque no acesso aos medicamentos disponíveis na saúde pública. **Método:** Trata-se de estudo descritivo-analítico transversal que considera casos atendidos, focado na necessidade dos medicamentos no Ambulatório Farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, Catanduva, SP, entre 2015 a 2017. Foram avaliadas associações entre natureza da demanda com resolutividade, classe de medicamentos e especialidade médica por meio do teste de Mann Whitney. **Resultados:** Com relação às demandas de medicamentos atendidas neste ambulatório, 86,3% estavam presentes na RENAME. Quanto àqueles indisponíveis; os de maior frequência foram de sangue e dos órgãos formadores de sangue (29,6%); Sistema Musculoesquelético (17,6%) e Sistema Nervoso (16,3%). Sobre a natureza das demandas; 73,9% eram adequações aos PCDT/RENAME; 13,9% realizadas intervenções com propostas de intercâmbio com tecnologia farmacêutica disponível na saúde pública; 6,7% necessárias realizar solicitações com processo administrativo para casos refratários, não responsivos ou com ausência de farmacoterapia equivalente disponibilizada na saúde pública e 5,5% foram encaminhadas à Atenção Básica para renovação da receita/processo do componente de especialidades médicas. Associando-se natureza da demanda com a resolutividade dos casos, constatou-se que 543 estavam relacionados às adequações aos PCDT/RENAME, 56,4% consistiam na conformidade do preenchimento da documentação e 28,5% demandaram assistência clínica farmacêutica, com solicitação de exames laboratoriais. Foi necessária intervenção com proposta de intercâmbio com tecnologia farmacêutica disponível, 90,2% dos casos, nos quais os medicamentos prescritos não estavam contemplados nos PCDT/RENAME. Com relação aos casos em que necessitaram de processos administrativos, 81,6% ocorreram devido à indisponibilidade na RENAME aos critérios de inclusão dos PCDT. Para Atenção Básica, 95,1% dos casos foram encaminhados para renovação do processo. **Conclusões:** Foi possível observar, neste estudo, o impacto da atuação do farmacêutico no que se refere ao acesso aos medicamentos disponibilizados pela rede pública, o que requer deste profissional não somente conhecimentos técnicos em farmacologia e medicina baseada em evidências, mas também habilidades de comunicação, argumentação e atitudes para a interação direta com os outros profissionais da equipe, em especial o médico prescritor, para discussão de casos e participação na prescrição de medicamentos que atenda as necessidades farmacoterapêuticas (indicação, efetividade, segurança e conveniência), bem como impacte nos resultados clínicos, econômicos e humanísticos em saúde.

Descritores: 1. Medicamentos Essenciais; 2. Atenção Farmacêutica; 3. Assistência Ambulatorial 4. Política de Saúde; 5. Integralidade em Saúde; 6. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Non-communicable diseases are predominant on current epidemiological population profile; this requiring continuous use of medication for the control. Access to pharmaceutical technologies has become a challenge for comprehensive care as well as integration of care levels on the public health system. **Objective:** To analyze pharmaceutical assistance on clinical management of a hospital pharmacy, focusing on access to medications available in the public health system. **Method:** This is a descriptive-analytical cross-sectional study that considers cases attended, focused on the need for the drug in the Pharmacy Ambulatory of the Hospital Escola Emílio Carlos, Catanduva, SP, between 2015 and 2017. Associations between the nature of the demand with resolution, medication class and medical specialty by the Mann Whitney test. **Results:** Regarding the demands at the pharmacy clinic, 86,3% were present at RENAME. As for those unavailable, the most frequent were blood and blood forming organs (29,6%), Musculoskeletal System (17,6%) and Nervous System (16,3%). The nature of the demands; 73,0% comprised adaptations to the PCDT / RENAME; 13,8% were carried out with proposals of exchange with pharmaceutical technology available in public health; 7,7% were required to make requests with administrative process for refractory cases, nonresponsive or lack of equivalent pharmacotherapy available in public health and 5,5% were referred to Basic Care for renewal of the prescription / process of the component of medical specialties. When associating the nature of the demand with resolving cases, 543 were related to adequacies to the PCDT / RENAME, of these 56,4% were compliance of the documentation and 28,5% demanded clinical assistance requiring exams of laboratory tests. It was necessary to carry out the intervention with an exchange proposal with available pharmaceutical technology; 90,2% of the cases in which the prescribed drugs were not included in PCDT / RENAME. Regarding the cases in which administrative procedures were required, 81,6% occurred due to the unavailability of RENAME to inclusion criteria for PCDT. For Primary Health Care, 95,1% of the cases were referred for renewal of the process. **Conclusions:** It was possible to observe, in this study, the impact of the pharmacist's performance regarding access to medicines available through the public network, which requires from this professional not only technical knowledge in pharmacology and evidence-based medicine, but also communication skills, argumentation. and attitudes towards direct interaction with other team professionals, especially the prescribing physician, to discuss cases and participate in prescribing drugs that meet pharmacotherapeutic needs (indication, effectiveness, safety and convenience), as well as impact on clinical outcomes , economic and humanistic in health.

Descriptors: 1. Drugs, Essential; 2. Pharmaceutical Services; 3. Ambulatory Care; 4. Health Policy; 5. Integrity in Health; 6. Unified Health System

RESUMEN

En el actual perfil epidemiológico de la población se encuentran predominantemente enfermedades crónicas no transmisibles, cuyo control requiere uso continuo de medicamentos. Sin embargo, acceder a las tecnologías farmacéuticas se ha convertido en un desafío para la integralidad del cuidado y la integración de los niveles de atención en el sistema público de salud. **Objetivo:** Analizar asistencia farmacéutica en la gestión clínica del ambulatorio farmacéutico de hospital escolar, enfocando el acceso a los medicamentos disponibles en la salud pública. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo-analítico transversal que considera casos atendidos, enfocado en la necesidad del medicamento en el Ambulatorio farmacéutico del Hospital Escuela Emilio Carlos entre 2015 a 2017. Se evaluaron asociaciones entre naturaleza de la demanda con resolutivez, clase de medicamentos y especialidad médica por medio de la prueba de Mann Whitney. **Resultados:** Con relación a las demandas atendidas en el ambulatorio de farmacia, el 86,3% estaban presentes en RENAME. En cuanto a aquellos indisponibles, los de mayor frecuencia fueron de sangre y de los órganos formadores de sangre (26,6%), Sistema Musculoesquelético (17,6%) y Sistema Nervioso (16,3%). En cuanto a la naturaleza de las demandas, el 73,0% comprendía adecuaciones a los PCDT / RENAME, el 13,8% fueron realizadas intervenciones con propuestas de intercambio con tecnología farmacéutica disponible en la salud pública; El 7,7% fue necesario realizar solicitudes con proceso administrativo para casos refractarios, no responsivos o con ausencia de farmacoterapia equivalente disponible en la salud pública y el 5,5% fueron encaminados a la Atención Básica para la renovación del ingreso / proceso del componente de especialidades médicas. Al asociar la naturaleza de la demanda con resolutivez de los casos, se constató que 543 estaban relacionados a adecuaciones a los PCDT / RENAME, de estos 56,4% consistieron en la conformidad del llenado de la documentación y el 28,5% demandaron asistencia clínica farmacéutica, con solicitud de exámenes laboratorio. Se requirió realizar la intervención con propuesta de intercambio con tecnología farmacéutica disponible, en el 90,2% de los casos en que los medicamentos prescritos no estaban contemplados en los PCDT / RENAME. Con respecto a los casos en que requirieron procesos administrativos, el 81,6% ocurrió debido a la indisponibilidad en RENAME a los criterios de inclusión de los PCDT. Para Atención Básica, el 95,1% de los casos fueron encaminados para la renovación del proceso. **Conclusiones:** Fue posible observar, en este estudio, el impacto del desempeño del farmacéutico con respecto al acceso a los medicamentos disponibles a través de la red pública, lo que requiere de este profesional no solo conocimiento técnico en farmacología y medicina basada en evidencia, sino también habilidades de comunicación, argumentación. y actitudes hacia la interacción directa con otros profesionales del equipo, especialmente el médico que prescribe, para discutir casos y participar en la prescripción de medicamentos que satisfagan las necesidades farmacoterapéuticas (indicación, efectividad, seguridad y conveniencia), así como el impacto en los resultados clínicos, económica y humanista en salud.

Descriptorios: 1. Preparaciones farmacéuticas; 2. Asistencia Farmacéutica; 3. Servicios de Salud; 4. Integralidad; 5. Integración de sistemas; 6. Salud Pública.

1.INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento da qualidade de vida e o advento de novos tratamentos na saúde, vivenciamos uma mudança no cenário demográfico, caracterizado pelo acelerado aumento da expectativa de vida da população mundial e brasileira¹⁻², refletindo de forma significativa na área da saúde em decorrência do aumento da carga das doenças, sobretudo, as crônicas não transmissíveis, que demandam de tratamentos contínuos para a manutenção da saúde³⁻⁴. No Brasil, a proporção da população idosa que era de 6,1% em 1980 passa para 10,8% em 2010, que corresponde ao aumento de 77% nos últimos trinta anos, 2,6% ao ano⁵.

O tratamento de doenças crônicas, sobretudo, as atuais não transmissíveis e as degenerativas, geralmente inclui o uso em longo prazo de medicamentos. Embora estes sejam eficazes no controle das doenças, os seus benefícios, muitas vezes, não se realizam, porque os pacientes não têm acesso e adesão ao tratamento. Os fatores que contribuem para a baixa adesão são inúmeros, sendo os principais motivos intolerância às reações adversas, o custo e o acesso aos medicamentos por meio da saúde pública⁶⁻⁷.

A Constituição Federal do Brasil⁸, publicada em 1988, traz em seu artigo 196 – “a saúde é um direito de todos e um dever do estado”. A lei orgânica⁹ nº 8080/90 complementa:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

No que se refere ao acesso aos medicamentos, a Política Nacional dos Medicamentos¹⁰, disposta na Portaria 3.916 de 1998, conforme suas diretrizes garante a utilização de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, sendo a sua aquisição e manutenção de responsabilidade das três esferas de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando em estreita parceria.

A partir de 2011, novos atos normativos regulamentaram o princípio de integralidade, estabelecendo critérios para seleção de tecnologias em saúde no SUS. A Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011¹¹, estabelece que o acesso aos medicamentos se dá “com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta lei”, sendo a responsabilidade pelo fornecimento pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. Dessa forma, a Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais (RENAME) cumpre papel estratégico nas políticas de saúde, ao relacionar um elenco de medicamentos utilizados no âmbito do SUS¹², com vistas a atender aos princípios fundamentais da universalidade, a equidade e a integralidade.

O decreto nº 7.508 de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, compreendendo a RENAME como instrumento de seleção e padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos¹³. Em seu Art. 28, é tratado o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica que pressupõe, cumulativamente, desde o atendimento, prescrição emitida por profissional do SUS, com medicamentos dispostos na RENAME e congêneres, e dispensação em farmácia do sistema público.

Adicionalmente, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), resultado da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e estabelecida pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 19 de setembro de 2003, corrobora a

“utilização da RENAME, atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica”¹⁴.

Conforme a necessidade local, cada município tem autonomia para selecionar, a partir da RENAME, a sua própria Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME. Nesse sentido, a RENAME é composta e dividida em partes¹²:

- **Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica:** que são os medicamentos voltados aos principais agravos e programas de saúde da Atenção Básica, disponibilizados nas unidades de saúde;

- **Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:** destina-se à garantia do acesso a medicamentos para controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, muitas vezes relacionado às situações de vulnerabilidade social e pobreza;

- **Relação Nacional de Insumos:** composta de produtos para a saúde, itens que integram os componentes básico e estratégico, como preservativo, seringas, tiras reagentes para medida de glicemia capilar, entre outros;

- **Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar:** são medicamentos contemplados em procedimentos discriminados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais dos SUS (SIG TAP), financiados pelo bloco de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, autorizados por Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC) ou por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), respectivamente.

• **Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):** uma das estratégias de acesso aos medicamentos no âmbito do SUS que busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade.

No CEAF, o acesso aos medicamentos ocorre de acordo com critérios definidos em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde (MS). Nesse sentido, os PCDT definem as linhas de cuidado para cada condição clínica, indicando a melhor abordagem terapêutica em cada situação, com base nas melhores evidências disponíveis¹².

No entanto, frente à dinâmica da saúde e suas possíveis comorbidades, considerando a inovadora oferta de arsenal farmacológico no combate e controle das doenças, na existência de casos refratários e não responsivos aos medicamentos disponibilizados, ou ainda órfãos de tratamento na RENAME, no Estado de São Paulo, podem ser solicitados por instituições de saúde pública ou privada, medicamentos não disponibilizados discriminado no rol da saúde pública, em caráter de excepcionalidade, esgotadas todas as alternativas terapêuticas disponibilizadas, sendo importante apresentar na literatura científica forte nível de evidência para sua utilização¹⁵.

Quando se prescreve um medicamento não disponível na RENAME, a partir da negativa do Estado nas solicitações de medicamentos, corre-se o risco de fomentar a epidemia com a judicialização na saúde, que por um lado pode ser perversa, por atender uma necessidade individual não coberta pelo sistema, e, por outro lado, pode denotar um desequilíbrio na política da assistência farmacêutica¹⁶.

Apesar de existirem políticas públicas de acesso a medicamentos, disponíveis gratuitamente para o tratamento das principais doenças, se faz necessária a adesão à farmacoterapia. Constatada como um dos principais desafios para os serviços de saúde, considerando que essa adesão implica na qualificação da atenção à saúde a partir das necessidades e demandas da população, o que pode reduzir os indicadores de morbimortalidade da população, por meio do uso dos medicamentos¹⁷.

Um dos aspectos que favorecem a não adesão pode estar relacionado com a transição de um paciente entre os níveis de atenção e cuidados de saúde, por aumentar o risco de erros de medicação. A colaboração estreita entre farmacêuticos e médicos é benéfica, na garantia da continuidade dos cuidados de saúde no uso racional dos medicamentos¹⁸.

Em revisões sistemáticas e metas-análise, resultados favoráveis foram encontrados no atendimento farmacêutico direto ao paciente sobre resultados terapêuticos, de segurança, bem como resultados humanísticos¹⁹. Na assistência farmacêutica, o ciclo técnico - administrativo está indissociável da gestão clínica do medicamento, o qual é possível promove o uso racional dos medicamentos, com impacto em melhores resultados clínicos e econômicos para o sistema de saúde²⁰.

Incorporar os farmacêuticos como membros da equipe de cuidados de saúde em atendimento direto ao paciente apresenta-se como uma solução viável para ajudar a melhorar os cuidados de saúde¹⁹, bem como contribuir para a segurança do paciente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um novo documento sobre o Desafio Global para Segurança do Paciente – 2017, que tem como tema “Uso Seguro de Medicamentos (*Medication without harm*)”. Os erros de medicação são evitáveis e provocados, em grande parte, por falhas nos processos de cuidado. Dessa forma, o objetivo da OMS com o desafio é promover mudanças que resultem na redução em 50%, ao longo dos

próximos cinco anos, da ocorrência desses erros e de danos graves relacionados a medicamentos²¹.

Nesse contexto, o farmacêutico atua no cuidado direto ao paciente, na promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, redefinindo sua prática a partir das necessidades dos pacientes, família, cuidadores e sociedade, podendo, dessa forma, promover o acesso e a adesão aos tratamentos, impactando na redução de custos, tangíveis e intangíveis, para todo sistema de saúde²²⁻²³.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Analisar o impacto de um consultório ambulatorial farmacêutico em hospital escola de médio porte, na resolução de problemas de saúde não tratados, com enfoque no acesso aos medicamentos disponíveis na saúde pública.

2.1. Objetivos Específicos:

- Caracterizar as variáveis relacionadas ao paciente e ao processo institucional das demandas para o consultório ambulatorial farmacêutico de um hospital de médio porte no noroeste do interior paulista.
- Analisar a natureza das demandas de origem para o consultório ambulatorial farmacêutico de um hospital de médio porte no noroeste do interior paulista.
- Analisar a associação dos aspectos relacionados à resolutividade do consultório ambulatorial farmacêutico de um hospital de médio porte no noroeste do interior paulista.

3.MÉTODOS

3. MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo:

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, do tipo transversal, realizado no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos - Fundação Padre Albino (FPA), em Catanduva – SP, no qual se buscou responder a questão de estudo:

Qual o impacto da assistência farmacêutica do Consultório Ambulatorial do Hospital Escola Emílio Carlos - Fundação Padre Albino, em Catanduva - SP para o acesso aos medicamentos e a inserção do paciente aos programas da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS?

3.2. Local de estudo

O Hospital Escola Emílio Carlos – HEEC assiste pacientes de Catanduva e microrregião (19 municípios) com a promoção de atenção à saúde de baixa e média complexidade. Atende cerca de 6.000 internações, por ano, sendo a maior concentração na faixa etária de 65 a 79 anos. O Ambulatório de Ensino de múltiplas especialidades, anualmente, atende cerca de 60.000 pacientes, conta com 39 consultórios para o atendimento ambulatorial em múltiplas especialidades, entre elas, a clínica farmacêutica.

Foi instituído, em agosto de 2015, o ambulatório de farmácia para atender pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento devido à dificuldade de acesso aos medicamentos, sobretudo, àqueles do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conhecido popularmente como “alto custo”. O novo serviço foi divulgado aos municípios atendidos pela FPA, por meio de e-mail enviado às Secretarias Municipais de Saúde, com apresentação e reforços periódicos em reuniões da Assistência Farmacêutica, Humanização e Alta Responsável no Departamento Regional de Saúde - DRS-XV da Secretaria de Saúde do

Estado de São Paulo, para que casos de não conformidade nos processos fossem adequados. O atendimento no ambulatório é realizado duas vezes por semana, sem agendamento, por ordem de chegada do paciente, sendo acolhidas as demandas relacionadas ao acesso e ao uso racional dos medicamentos.

Inicialmente, são consultadas a RENAME e REMUME para análise da disponibilidade da tecnologia farmacológica na saúde pública. Posteriormente, as demandas são acolhidas e os dados são registrados no software Microsoft Excel® para análise posterior junto ao prontuário do paciente. Dessa forma, é possível utilizar os indicadores propostos pela OMS para aferir as condições dos serviços farmacêuticos²⁴, que visam equacionar os medicamentos disponíveis na saúde pública com aqueles solicitados.

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, são avaliados quanto à necessidade do medicamento prescrito, conforme o diagnóstico e adequação do PCDT, de acordo com critérios de inclusão, como Código Internacional da Doença - CID e exames laboratoriais e imagens, dentro do período de vigência. Tais critérios de inclusão do CEAF são consultados no sítio eletrônico²⁵ da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo.

Para todos os protocolos do CEAF, no local do estudo, o processo inicial é realizado pelo especialista, conforme as boas práticas dispostas em Procedimento Operacional Padrão (Apêndice 1). A reavaliação trimestral da continuidade do tratamento, quando não exigido pelo PCDT médicos especialistas, pode ser realizada nas unidades básicas de saúde. Ainda, como qualidade no serviço, quando possível, são acolhidos os casos de reavaliação da continuidade da terapia dos medicamentos imunomoduladores: reumatologia, hematologia e gastrologia. A oftalmologia possui um serviço de referência, habilitado pelo SUS, de atendimento trimestral com o especialista e dispensação de medicamentos para o período.

Caso os exames não tenham sido solicitados ou estejam vencidos para realizar o acompanhamento do tratamento, conforme o PCDT, o farmacêutico clínico está habilitado a expedir o pedido do exame, em conformidade com a Resolução 585 de 2013²⁴, capítulo I, parágrafo XI: “Solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia”.

Nas situações em que o medicamento prescrito não é disponibilizado pelo SUS, a partir do diagnóstico médico, são estudadas as tecnologias alternativas e disponíveis na saúde pública para possível intercâmbio, as quais são discutidas e validadas junto ao médico do paciente, que realiza a adequação prescrição dos medicamentos.

No caso de ausência de alternativas entre as tecnologias farmacêuticas disponíveis na RENAME, ou limitações aos critérios de inclusão nos PCDT, no estado de São Paulo, em casos de excepcionalidade, é possível preencher uma solicitação administrativa, que consiste em requerimento de medicamento não disponibilizado no SUS à Secretaria do Estado de Saúde.

3.3. Coleta de dados

Os dados foram obtidos de fonte secundárias no consultório ambulatorial farmacêutico por meio de planilha do software Microsoft Excel®. Foram analisados os dados de todos os pacientes que passaram por atendimento no consultório ambulatorial farmacêutico que obtiveram intervenção, no período de agosto de 2015 (período de início dos registros de atendimentos) até dezembro de 2017.

A procura pelo atendimento neste ambulatório foi classificada utilizando o Terceiro Consenso de Granada que definiu o termo "Resultados Negativos associados à Medicação" (RNM) para se referir aos problemas de saúde do paciente atribuíveis ao uso (ou desuso) de drogas que não atendem os objetivos terapêuticos²⁶, conforme Quadro 1. Neste estudo,

considerou-se como inclusão somente os pacientes cuja procura pelo consultório ambulatorial farmacêutico teve como enfoque a necessidade do medicamento por problema de saúde não tratado.

Quadro 1. Resultados Negativos dos Medicamentos - RNM

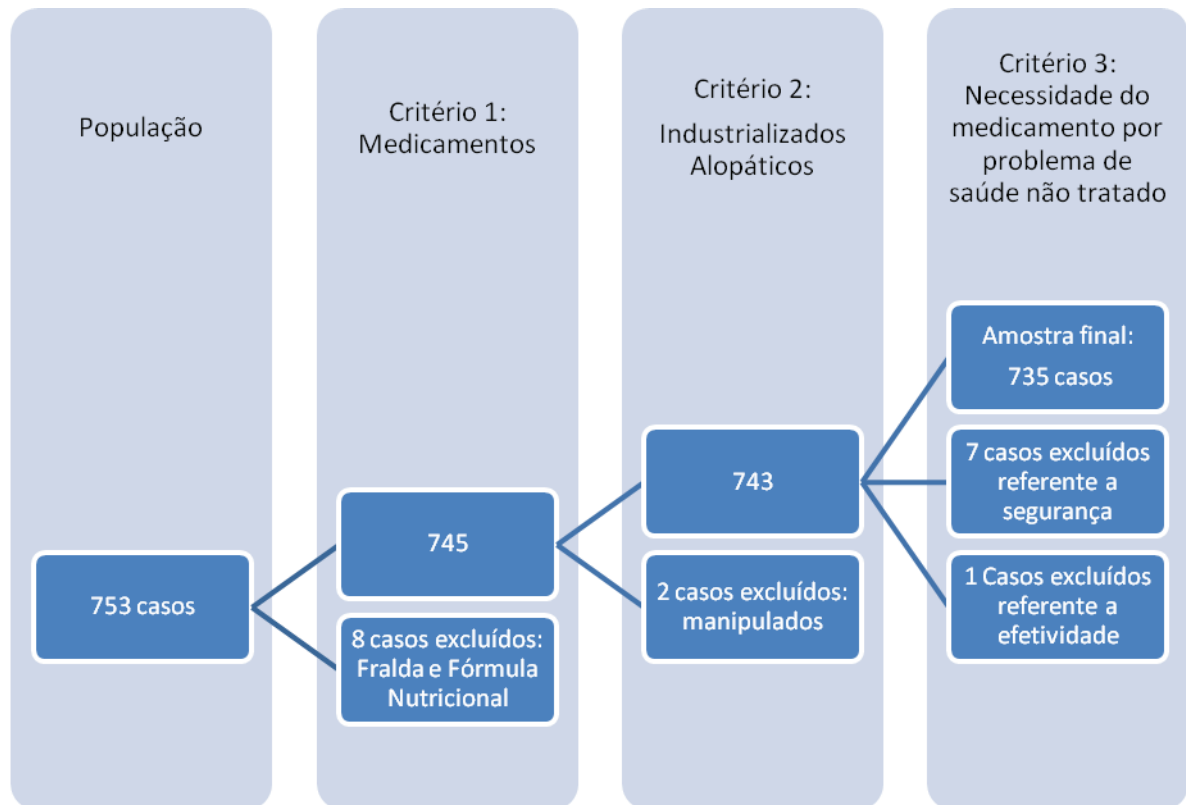
Classificação de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM)^[8]	
NECESSIDADE	<p>Problema de Saúde não tratado O doente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.</p> <p>Efeito de medicamento não necessário O doente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.</p>
EFETIVIDADE	<p>Inefetividade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.</p> <p>Inefetividade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>
SEGURIDADE	<p>Inseguridade não quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa de um medicamento.</p> <p>Inseguridade quantitativa O doente sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa de um medicamento</p>

Fonte: DADER, 2014

No período de agosto de 2015 a dezembro de 2017, foram registrados 753 atendimentos no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos.

Foram utilizados três critérios de inclusão: 1 – Medicamentos; 2 – Industrializados-alopáticos; e 3 – A necessidade do medicamento por problema de saúde não tratado. Considerando o primeiro critério, “Medicamentos”, foram excluídos sete casos referentes a fórmula nutricional e um caso referente a insumos, como fralda; ao aplicar o segundo critério de “medicamentos industrializados – alopáticos”, foram excluídos dois casos referente a fórmula manipulada; e no terceiro critério “necessidade”, foram excluídos sete casos referentes à segurança e um caso que concerne à efetividade. A amostra final do estudo foi composta por 735 pacientes, conforme a Figura 1.

Figura 1. Amostra do estudo - critérios de inclusão e exclusão



Foram consideradas variáveis relacionadas ao paciente e ao processo institucional. Quanto ao paciente: sexo; idade; natureza da demanda e medicamentos prescritos. Quanto ao processo institucional: clínica de origem; ambulatório ou internação e resolutividade.

A categorização dos medicamentos foi estratificada em RENAME, que compreende o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Relação Nacional de Insumos e Componente de Medicamento de uso Hospitalar; Não RENAME (medicamentos que não compõe a padronização da Saúde Pública) e outros (medicamentos de protocolo da Quimioterapia e insumos disponibilizados no programa Aqui tem Farmácia Popular do Brasil).

Dessa forma, a “natureza de demandas” foi estratificada entre:

1. Adequação aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS para medicamentos que constam na RENAME, ou na Relação Municipal de Medicamento Essenciais

(REMUME) e Estadual de Medicamentos (RESME), considerando não conformidades nas prescrições, laudo e termo de consentimento à necessidade de realização de exames laboratoriais;

2. Não conformidade, para prescrições incorretas, para medicamentos não disponíveis na RENAME, sem critério de inclusão nos protocolos, prescrito com nome comercial ou apresentação não disponível e solicitações administrativas negadas;

3. Processo administrativo, para casos não responsivos, refratários aos medicamentos ou órfãos de tratamento na RENAME em que foram preenchidos os documentos para solicitar o acesso via saúde pública à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;

4. Demanda para Atenção Básica, que se refere aos casos de reavaliação dos processos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, os quais são realizados pelos médicos generalistas das unidades básicas de saúde, de acordo com o processo de trabalho dos municípios atendidos, conforme a Figura 2.

Figura 2. Natureza das demandas atendidas no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017



Quanto à variável “resolutividade” foi classificada em duas demandas e quatro subcategorias:

INTERVENÇÃO CLÍNICA

1. Farmácia Clínica, quando houve demanda do profissional e suas habilitações;

2. . Intercâmbio, com análise e propostas de troca de medicamentos contidos na RENAME;

INTERVENÇÃO ADMINISTRATIVA

3. Correção/preenchimento da documentação, para casos improcedentes; e

4. Renovação da continuidade do tratamento do CEAF, trimestralmente requerido, conforme a Figura 3.

Figura 3. Resolutividade dos casos atendidos no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017



Quanto à variável “tipo de medicamento”, foi utilizado o sistema de classificação *Anatomical Therapeutic Chemical – ATC*²⁷, recomendado pela OMS, que estratifica as substâncias ativas classificadas em uma hierarquia com cinco níveis diferentes.

O primeiro nível compreende a classificação anatômica/farmacológica principal. Cada grupo principal do ATC é dividido em níveis, sendo o nível dois o grupo terapêutico e o nível três, referente ao grupo farmacológico. Os quarto e quinto níveis são subgrupos químicos.

Neste estudo, os medicamentos foram classificados no nível 1, sendo:

A – Trato alimentar e metabolismo;

B – Sangue e dos órgãos formadores de sangue;

C – Sistema cardiovascular;

D – Dermatológicos;

- G – Sistema geniturinário e hormônios sexuais;
- H – Preparações hormonais sistêmicas;
- J – Anti infecciosos sistêmicos;
- L – Antineoplásicos e agentes imunomoduladores;
- M – Sistema Musculoesquelético;
- N – Sistema Nervoso;
- P – Antiparasitários, inseticidas e repelentes;
- R – Sistema Respiratório;
- S – Órgãos sensoriais;
- V – Vários.

3.4. Análise dos dados:

Para melhor compreensão dos resultados, a análise dos dados foi exercida duas funções estatísticas: descritiva e inferencial. A análise descritiva traçou o perfil da amostra estudada, contemplando as variáveis analisadas e seus desdobramentos. Os dados foram analisados de forma absoluta, relativas, medidas de tendência central e de variabilidade. No âmbito inferencial, foi traçado como objetivo estatístico, a análise de interdependência e predição entre as variáveis propostas no escopo do trabalho, utilizando-se o teste não-paramétrico de Mann Whitney. Adotou-se o nível de significância de 0,05. As análises estatísticas foram realizadas por meio do *Software SPSS Statistics* (Versão 23) atreladas às funcionalidades da ferramenta Excel (versão 2.016).

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, por meio da Plataforma Brasil, CAAE 88828318.9.0000.5430, aprovado com o parecer número 2.658.260. Em conformidade com a resolução 466 de 2012, o presente projeto de pesquisa dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, por utilizar o banco de dados, formalmente solicitado e deferido pela instituição proponente.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

No período de estudo, foram realizados 735 atendimentos no ambulatório, correspondente a 486 pacientes atendidos, correspondendo em média 1,5 medicamentos por paciente. Em relação aos atendimentos, 50,1% eram demandas do sexo feminino, com idade média 57,72 anos ($\pm 18,49$ anos), sendo que 91,0% dos casos os pacientes estavam em acompanhamento ambulatorial e 9,0% foram após a alta hospitalar, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e a origem dos pacientes atendidos consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017.

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	368 (50,1)
Masculino	367(49,9)
Total	735 (100,0)
Idade	
Até 20 anos	42 (5,7)
21 a 40 anos	63 (8,5)
41 a 60 anos	282 (38,4)
61 a 80 anos	278 (37,8)
> 80 anos	70 (9,5)
Total	735 (100,0)
Origem	
Ambulatorial	669 (91,0)
Pós alta	66(9,0)
Total	735 (100,0)

Com relação às demandas atendidas no ambulatório de farmácia, 86,4% estavam presentes na RENAME, sendo que destes, 95,4% estavam dispostos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Os medicamentos não presentes na RENAME compreenderam a 13,3% da população do estudo, conforme a Tabela 2.

Tabela 2. Frequência dos componentes da Assistência Farmacêutica atendidos no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017

Variável	N (%)
RENAME	635 (86,4)
Não RENAME	98 (13,3)
Outros	2 (0,3)
Total	735 (100,0)
Componente	
Especializado	606 (95,4)
Básico	25 (3,9)
Estratégico	2 (0,3)
Hospitalar	2 (0,3)
Total	635 (100,0)

Neste estudo, as classes de medicamentos da RENAME mais prescritos foram: 20,0% de Sistema Nervoso, 19,8% de Antineoplásicos e agentes imunomoduladores, e 17,3% de Sangue e dos órgãos formadores de sangue, conforme a Tabela 3. Com relação ao *Sistema Nervoso*, os principais medicamentos prescritos foram para tratamento da Doença de Alzheimer (donepezila, rivastigmina e galantamina) e para dor crônica (morfina e gabapentina). Os medicamentos antineoplásicos e agentes imunomoduladores mais prescritos foram medicamentos imunobiológicos (adalimumabe, infliximab, tocilizumabe e golimumabe) e Azatioprina e metotrexato e, relacionados ao *Sangue e dos órgãos formadores de sangue* foram o clopidogrel e alfaepoetina.

Ao analisar as prescrições não disponíveis na RENAME, as classes de medicamentos com maior frequência foram Sangue e dos órgãos formadores de sangue (29,6%), Sistema Musculoesquelético (17,6%), e Sistema Nervoso (16,3%), conforme a Tabela 3. Entre os medicamentos da classe *Sangue e dos órgãos formadores de sangue* aqueles prescritos com maior frequência foram enoxaparina, ticagrelor e rivaroxabana; do *Sistema Musculoesquelético* foram diacereina, condroitina e glucosamina e dentro da classe do

Sistema Nervoso os medicamentos mais prescritos foram antidepressivos (venlafaxina e duloxetina), para transtorno de déficit de atenção (metilfenidato) e para dor (pregabalina).

Tabela 3. Frequência dos medicamentos contemplados na RENAME, Não dispostos na RENAME e Outros e os tipos de medicamentos, conforme a classificação ATC no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017

ATC	RENAME N(%)	NÃO RENAME N(%)	OUTROS N(%)	TOTAL N(%)
A	51 (8,03)	14 (14,29)	0 (0,00)	65 (8,84)
B	110 (17,32)	29 (29,59)	0 (0,00)	139 (18,91)
C	106 (16,69)	9 (9,18)	0 (0,00)	115 (15,65)
D	0 (0,00)	2 (2,04)	0 (0,00)	2 (0,27)
G	12 (1,89)	4 (4,08)	0 (0,00)	16 (2,18)
J	4 (0,63)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,54)
L	126 (19,84)	5 (5,10)	2 (100,00)	133 (18,10)
M	17 (2,68)	17 (17,35)	0 (0,00)	34 (4,63)
N	127 (20,00)	16 (16,33)	0 (0,00)	143 (19,46)
P	7 (1,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,95)
R	63 (9,92)	2 (2,04)	0 (0,00)	65 (8,84)
S	6 (0,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,82)
V	6 (0,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,82)
TOTAL	635 (100,00)	98 (100,00)	2 (100,00)	735 (100,00)

Legenda: A – Trato alimentar e metabolismo; B – Sangue e dos órgãos formadores de sangue; C – Sistema cardiovascular; D – Dermatológicos; G – Sistema genit urinário e hormônios sexuais; H – Preparações hormonais sistêmicas; J – Anti infecciosos sistêmicos; L – Antineoplásicos e agentes imunomoduladores; M – Sistema Musculoesquelético; N – Sistema Nervoso; P – Antiparasitários, inseticidas e repelentes; R – Sistema Respiratório; S – Órgãos sensoriais; V – Vários.

Com relação às especialidades médicas, as clínicas que originaram maiores demandas de medicamentos dispostos na RENAME foram Cardiologia (24,4%), Reumatologia (20,3%) e Geriatria (12,0%). As clínicas que mais originaram demandas de medicamentos não

dispostos na RENAME foram Cardiologia (26,5%), Reumatologia (18,4%) e Endocrinologia (12,2%), conforme a Tabela 4.

Na cardiologia, além dos medicamentos referentes ao sangue e dos órgãos formadores de sangue já citadas anteriormente, também se observou maior frequência de prescrição de medicamentos relacionados ao Sistema Cardiovascular (trimetizidina e ivabradina). Na Reumatologia, encontrou-se maior frequência nas terapias para tratamento do músculo esquelético (condroitina e glucosamina) e, na Endocrinologia, os tratamentos para o metabolismo (tiazolidinedionas e insulinas análogas).

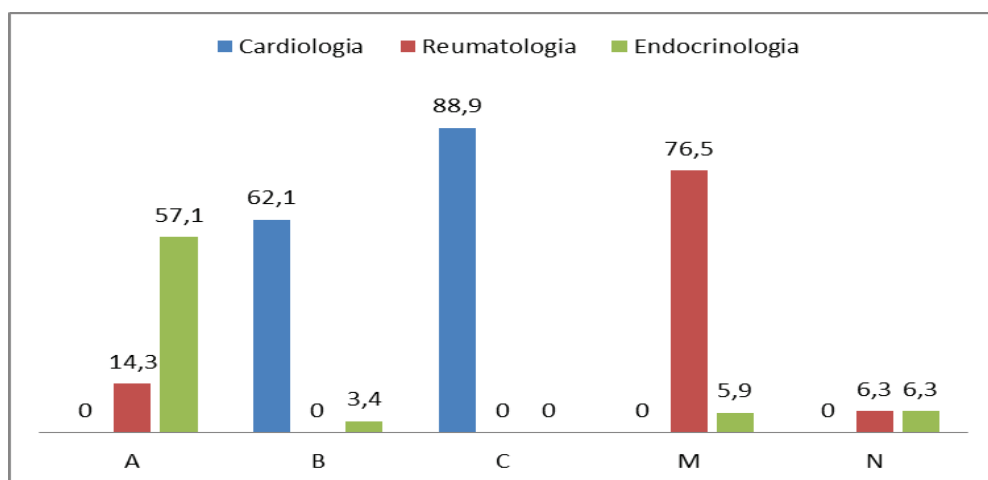
Tabela 4. Frequência entre os medicamentos contemplados na RENAME, Não dispostos na RENAME e Outros, e as especialidades médicas no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017

ESPECIALIDADES MÉDICAS	RENAME N(%)	NÃO RENAME N(%)	OUTROS N(%)	TOTAL N(%)
Cardiologia	153 (24,35)	26 (26,53)	0 (0,00)	179 (24,35)
Cirúrgica	0 (0,00)	5 (5,10)	0 (0,00)	5 (0,68)
Clinica Médica	7 (1,10)	2 (2,04)	0 (0,00)	9 (1,22)
Endocrinologia	22 (3,46)	12 (12,24)	0 (0,00)	34 (4,63)
Gastrologia	18 (2,83)	2 (2,04)	0 (0,00)	20 (2,72)
Geriatria	76 (11,97)	1 (1,02)	0 (0,00)	77 (10,48)
Ginecologia Obstetrícia	4 (0,63)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,54)
Hematologia	16 (2,52)	0 (0,00)	2 (100,00)	18 (2,45)
Infectologia	4 (0,63)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,54)
Nefrologia	71 (11,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	71 (9,66)
Neurologia	30 (4,72)	6 (6,12)	0 (0,00)	36 (4,90)
Nutrologo	1 (0,16)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,14)
Oftalmologia	6 (0,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,82)
Oncologia	4 (0,63)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,54)
Ortopedia	4 (0,63)	4 (4,08)	0 (0,00)	8 (1,09)

Pneumologia	57 (8,98)	9 (9,18)	0 (0,00)	66 (8,98)
Proctologia	5 (0,79)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,68)
Psiquiatria	27 (4,25)	7 (7,14)	0 (0,00)	34 (4,63)
Reumatologia	129 (20,31)	18 (18,37)	0 (0,00)	147 (20,00)
Urologia	1 (0,16)	3 (3,06)	0 (0,00)	4 (0,54)
Vascular	0 (0,00)	3 (3,06)	0 (0,00)	3 (0,41)
TOTAL	635 (100,00)	98 (100,00)	2 (100,00)	735 (100,00)

Considerando somente os casos em que os medicamentos não constavam na RENAME (n=98), ao correlacionar a classe de medicamento e especialidade médica, observou-se que das especialidades médicas que mais solicitaram medicamentos não disponíveis na RENAME, a cardiologia solicitou 88,9% para o aparelho cardiovascular, e 62,1% de medicamentos relacionados ao Sangue e dos órgãos formadores de sangue; a reumatologia solicitou 76,5% de medicamentos relacionados ao sistema musculoesquelético; e a endocrinologia solicitou 57,1% de medicamentos relacionados ao trato alimentar e metabolismo, conforme Figura 4.

Figura 4. Frequência entre as especialidades médicas que mais solicitaram medicamentos não dispostos na RENAME, com os tipos de medicamentos, conforme a classificação ATC, consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017



Legenda: A – Trato alimentar e metabolismo; B – Sangue e dos órgãos formadores de sangue; C – Sistema cardiovascular; M – Sistema Musculoesquelético; N – Sistema Nervoso;

Sobre a natureza das demandas, 73,9% compreendiam adequações aos PCDT/RENAME, 13,9% possuíam não conformidades; 6,7% foram necessárias realizar solicitações com o processo administrativo para os casos refratários, não responsivos ou com ausência de farmacoterapia disponibilizada na saúde pública e 5,5% foram encaminhados para a atenção básica para renovação da receita/processo do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme a Tabela 5.

Tabela 5. Frequência da natureza das demandas consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017

NATUREZA DAS DEMANDAS	N (%)
Adequação aos PCDT	543 (73,9)
Não conformidade	102 (13,9)
Processo administrativo	49 (6,7)
Atenção básica	41 (5,5)
TOTAL	735 (100,0)

Ao associar a natureza da demanda com a resolutividade dos casos, encontrou-se significância estatística ($p=0,000$). Para resoluções dos 735 casos atendidos, 543 estavam relacionados a adequações aos PCDT/RENAME, destes 56,4% adequar a documentação e 28,5% demandaram assistência da farmácia clínica. Em 102 casos não conformes, 90,2% requereram intervenção com proposta de intercâmbio com tecnologia farmacêutica disponível na saúde pública. Em 49 casos que chegaram com solicitação de processo administrativo, onde 81,6% foram realizadas intervenções com proposta de intercâmbio com tecnologia farmacêutica disponível na saúde pública. Para a Atenção Básica foram 41 casos em que 95,1% deles foram encaminhados para renovação do processo, conforme a Tabela 6.

Tabela 6. Associação entre a natureza das demandas de origem e a resolutividade no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017

Demanda / Resolutividade	ADEQUAÇÃO AO PCDT N(%)	NÃO CONFORMIDADE N(%)	PROCESSO ADMINISTRATIVO N(%)	ATENÇÃO BÁSICA N(%)	TOTAL N(%)	P
Farmácia Clínica	155 (28,5)	5 (4,9)	0 (0,0)	1 (2,4)	161 (21,9)	
Intercâmbio	6 (1,1)	92 (90,2)	40 (81,6)	1 (2,4)	139 (18,9)	
Correção documentação	306 (56,4)	5 (4,9)	9 (18,4)	0 (0,0)	320 (43,5)	0,000
Renovação	76 (14,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	39 (95,1)	115 (15,7)	
TOTAL	543 (100,0)	102 (100,0)	49 (100,0)	41 (100,0)	735 (100,0)	

Não encontrou-se significância estatística ($p=0,065$) ao associar a resolutividade e os tipos de medicamentos, conforme a classificação ATC, considerando apenas as demandas que necessitaram de processos administrativos. As classes de medicamentos com maior frequência na resolutividade para o preenchimento da documentação foram: 27,3% do Sistema Cardiovascular, 18,2% do Trato alimentar e metabolismo. Quanto à resolutividade para as medicações não contempladas aos PCDT/RENAME, as classes de medicamentos com maior frequência foram: 22,7% relacionados ao Sistema Muscoesquelético e Sistema Nervoso e 11,4% relacionados tanto ao Trato alimentar e metabolismo, Sangue e dos órgãos formadores de sangue e ao Sistema cardiovascular, conforme a Tabela 7.

Tabela 7. Associação entre a resolutividade e os tipos de medicamentos, conforme a classificação ATC, das demandas que necessitaram de processos administrativos, no consultório ambulatorial farmacêutico do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017

ATC	FARMÁCIA CLÍNICA N (%)	CORREÇÃO DOCUMENTAÇÃO N (%)	INTERCAMBIO N (%)	RENOVAÇÃO N (%)	TOTAL N (%)	P
A	0 (0,00)	2 (22,22)	5 (12,50)	0 (0,00)	7 (14,29)	
B	0 (0,00)	1 (11,11)	5 (12,50)	0 (0,00)	6 (12,24)	0,065
C	0 (0,00)	3 (33,33)	5 (12,50)	0 (0,00)	8 (16,33)	

D	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
G	0 (0,00)	1 (11,11)	2 (5,00)	0 (0,00)	3 (6,12)
J	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
L	0 (0,00)	1 (11,11)	3 (7,50)	0 (0,00)	4 (8,16)
M	0 (0,00)	1 (11,11)	10 (25,00)	0 (0,00)	11 (22,45)
N	0 (0,00)	0 (0,00)	10 (25,00)	0 (0,00)	10 (20,41)
P	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
R	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
S	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
V	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
TOTAL	0 (0,00)	9 (100,00)	40 (100,00)	0 (0,00)	49 (100,00)

Legenda: A – Trato alimentar e metabolismo; B – Sangue e dos órgãos formadores de sangue; C – Sistema cardiovascular; D – Dermatológicos; G – Sistema geniturinário e hormônios sexuais; H – Preparações hormonais sistêmicas; J – Anti infecciosos sistêmicos; L – Antineoplásicos e agentes imunomoduladores; M – Sistema Musculoesquelético; N – Sistema Nervoso; P – Antiparasitários, inseticidas e repelentes; R – Sistema Respiratório; S – Órgãos sensoriais; V – Vários.

Ao considerar a natureza das demandas separadamente, constatou-se que dos medicamentos cuja demanda tenha sido referente somente à adequação da RENAME/PCDT, encontrou-se associação estatisticamente significativa entre as classes de medicamentos com a resolutividade ($p=0,009$). As classes de medicamentos que mais tiveram resolutividade da farmácia clínica foram àquelas relacionadas ao Sistema Cardiovascular (23,2%), Sistema Nervoso (21,9%), Sangue e órgãos formadores de sangue (13,5%) e os Antineoplásicos e agentes imunomoduladores (13,5%), conforme a Tabela 8.

As classes de medicamentos com maior frequência na resolutividade no preenchimento da documentação foram Sangue e dos órgãos formadores de sangue (20,9%), Sistema cardiovascular (18,3%) e Sistema Nervoso (18,3%), conforme a Tabela 8.

No que se refere resolutividade que requereram intercâmbio, encontrou-se maior frequência nas classes de medicamentos relacionados ao Sistema Nervoso (50,0%), Sangue e dos órgãos formadores de sangue (33,3%) e Antineoplásicos e agentes imunomoduladores (16,7%), conforme a Tabela 8.

Já as classes de medicamentos com maior frequência na resolutividade que necessitaram de renovação do processo estavam relacionadas a 69,7% de Antineoplásicos e agentes imunomoduladores, conforme a Tabela 8.

Tabela 8. Associação entre a resolutividade e os tipos de medicamentos, conforme a classificação ATC, das demandas que necessitaram de adequação da RENAME/PCDT, no Ambulatório de farmácia do Hospital Escola Emílio Carlos, agosto de 2015 a dezembro de 2017

ATC	FARMÁCIA CLÍNICA N (%)	CORREÇÃO DOCUMENTAÇÃO N (%)	INTERCAMBIO N (%)	RENOVAÇÃO N (%)	TOTAL N (%)	P
A	15 (9,68)	26 (8,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	41 (7,55)	0,009
B	21 (13,55)	64 (20,92)	2 (33,33)	6 (7,89)	93 (17,13)	
C	36 (23,23)	56 (18,30)	0 (0,00)	2 (2,63)	94 (17,31)	
D	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
G	5 (3,23)	4 (1,31)	0 (0,00)	1 (1,32)	10 (1,84)	
J	3 (1,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,55)	
L	21 (13,55)	39 (12,75)	1 (16,67)	53 (69,74)	114 (20,99)	
M	4 (2,58)	9 (2,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (2,39)	
N	34 (21,94)	56 (18,30)	3 (50,00)	4 (5,26)	97 (17,86)	
P	3 (1,94)	3 (0,98)	0 (0,00)	1 (1,32)	7 (1,29)	
R	10 (6,45)	45 (14,71)	0 (0,00)	5 (6,58)	60 (11,05)	
S	0 (0,00)	2 (0,65)	0 (0,00)	4 (5,26)	6 (1,10)	
V	3 (1,94)	2 (0,65)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,92)	
TOTAL	155 (100)	306 (100)	6 (100)	76 (100)	543 (100)	

Legenda: A – Trato alimentar e metabolismo; B – Sangue e dos órgãos formadores de sangue; C – Sistema cardiovascular; D – Dermatológicos; G – Sistema geniturinário e hormônios sexuais; H – Preparações hormonais sistêmicas; J – Anti infecciosos sistêmicos; L – Antineoplásicos e agentes imunomoduladores; M – Sistema Musculoesquelético; N – Sistema Nervoso; P – Antiparasitários, inseticidas e repelentes; R – Sistema Respiratório; S – Órgãos sensoriais; V – Vários.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a resolutividade e as classes de medicamentos considerando as demandas que não conformes ($p=0,639$) e as que são de origem da Atenção Básica ($p=0,822$).

5.DISSCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

O consultório farmacêutico do HEEC apresentou, no período de estudo, predominância de pacientes na faixa etária dos 41 aos 80 anos, indo de encontro com processo de envelhecimento da população brasileira, o qual apresenta expectativa de vida em pleno crescimento¹⁻⁵. Neste processo, a senilidade favorece uma transição das condições de saúde, com diminuição de ocorrência de condições agudas e aumento de doenças crônicas, sendo o medicamento, a tecnologia mais utilizada pela população.²⁸

Nesse cenário, o acesso ao medicamento se torna fundamental para garantia de uma maior expectativa de vida, com melhor qualidade, além de ser um indicador de garantia de direito, como apontado pela OMS²⁹. Embora no Brasil estudos mostrem elevadas prevalências de acesso a medicamentos (acima de 90%), tal acesso ocorre ainda de forma desigual, coexistindo com grandes iniquidades sociais, sendo esses dados não tão elevados quando se considera o acesso gratuito.

Estudo realizado com base na Pesquisa Nacional sobre Acesso, a Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)³⁰ evidenciou que apenas metade dos brasileiros (47,5%), teve acesso a todos seus medicamentos para o tratamento de doenças crônicas gratuitamente. Em estudo longitudinal com 9.412 pacientes idosos brasileiros, encontrou-se a prevalência na subutilização de medicamentos de 10,6%³¹ por restrição financeira. Tais dados denotam a necessidade de rever a viabilização do acesso efetivo aos medicamentos via saúde pública, a fim de garantir o tratamento medicamentoso adequado e o controle das doenças crônicas, evitando, inclusive, onerar as atenções secundárias e terciárias por meio do retorno dos pacientes aos serviços de saúde.

Neste serviço, o número médio de medicamentos prescritos foi de um e meio (1,5), sendo que 86,4% dos medicamentos prescritos estavam disponíveis na RENAME. Em

estudo³² realizado sobre o uso racional de medicamentos e seus fatores associados em 120 municípios brasileiros e 300 serviços de saúde atenção primária, o número médio de medicamentos prescritos foi de 2,4 por paciente, com uma proporção média de 45% de medicamentos disponíveis na RENAME, ainda que esta relação de medicamentos estivesse disponível para consulta dos prescritores em quase 90% dos serviços de saúde. A quantidade inferior de medicamentos prescritos no presente estudo pode-se estar relacionada ao fato de que a maior parte dos casos eram oriundos do ambulatório de especialidades médicas e, sobretudo, por considerar essencialmente os medicamentos do CEAF.

O uso de polifarmácia aumenta as chances interação, e ocorrência de potenciais reações adversas aos medicamentos³³. A associação inadequada de medicamentos é um grave problema para os sistemas de saúde, sendo reconhecida como uma prática onerosa, por outro lado, quando em uso racional, as associações permitem a utilização de doses menores, promovendo uma maior segurança ao paciente. De acordo com a OMS, cerca de 50% dos portadores de doenças crônicas não aderem aos tratamentos farmacológicos, sendo considerado por alguns autores como “epidemia invisível”^{18,23}. Aproximadamente 30% de consultas de emergência são geradas por problemas relacionados a medicamentos, muitos deles evitáveis. Em média, 6,5% dos pacientes que são admitidos no hospital são devido às reações adversas aos medicamentos³⁴. A polifarmácia³⁵ também interfere diretamente no gasto público com medicamentos, que atualmente representa o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, superados somente pela atenção hospitalar. Em 2014, o Brasil investiu 12,4 bilhões de reais em medicamentos, sendo quase a metade do recurso direcionado ao CEAF³⁶.

Dessa forma, ao refletir sobre o acesso aos medicamentos, o uso de polifarmácia e a não adesão ao tratamento, principalmente nas doenças crônicas não transmissíveis, se faz necessário enfatizar a importância do papel do farmacêutico inserido nos serviços que, por

meio da consulta farmacêutica, contribui para a identificação e manejo com problemas relacionados a medicamentos, para melhores resultados nos desfechos clínicos, redução de gastos com exames e menor tempo de internação³⁴.

O farmacêutico é o profissional com competência para viabilizar a integralidade do cuidado ao paciente, no que se refere ao regime farmacológico, não se limitando a dispensação do medicamento. Está previsto na Diretriz Curricular Nacional do Curso de Graduação em Farmácia³⁷, a necessidade de formação profissional além do perfil tecnicista, e que possuam competências que integrem conhecimentos, habilidades e atitudes³⁸, tendo 50% do tempo do curso estruturado no eixo do *Cuidado em Saúde*, sendo recomendado habilidades para comunicação assertiva, gestão de relacionamento e gerenciamento de conflitos. No entanto, em estudo sobre o ensino de habilidades de comunicação no Brasil, foram identificadas lacunas nos cursos de graduação de farmácia, estando ausente o conteúdo em 25,7% nas matrizes curriculares³⁹.

Na casuística desse trabalho, o paciente apresenta um problema de saúde diagnosticado, porém, está sem o tratamento que necessita. Com a interação direta com os outros profissionais da equipe, em especial o médico prescritor, o farmacêutico abre o diálogo acerca do caso, para contribuir na prescrição de medicamentos que atendam as necessidades farmacoterapêuticas com o uso racional dos medicamentos, que confere a eficácia, segurança e ao custo do tratamento, bem como impacte nos resultados clínicos, econômicos e humanísticos em saúde.

CORRER e colaboradores²⁰ descrevem a Assistência Farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde, com a gestão clínica do medicamento, onde o cuidado farmacêutico, atenção farmacêutica e farmácia clínica, em suas nuances semânticas, compreendem ações centradas ao paciente. Baseado no Guia Clínico na Prática de Cuidados

Farmacêuticos⁴⁰ e do Método de Dáder⁴¹, os autores definiram que as atividades nas seguintes etapas:

- I. Acolhimento: reunir e organizar a história clínica e de medicação do usuário;
- II. Avaliação: ver necessidades terapêuticas e problemas relacionados ao medicamento;
- III. Plano de cuidado: estabelecer em conjunto com o paciente/cuidador; e
- IV. Monitoramento: acompanhar a evolução com planejamento e pro atividade.

Com enfoque no atendimento ao paciente, foi possível observar, neste estudo, o impacto da atuação do farmacêutico no que se refere ao acesso aos medicamentos disponibilizados pela rede pública, o que requer deste profissional não somente conhecimentos técnicos em farmacologia e saúde baseada em evidências, mas também habilidades de relacionamento e comunicação, conforme indica a Federação Internacional Farmacêutica⁴².

A fim de se obter um sinergismo nas ações integrais e, visando um melhor controle da doença crônica, entre as intervenções realizadas no consultório farmacêutico do HEEC, foram elaborados o projetos singulares terapêuticos⁴³, que consiste no conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas com equipe médica, contendo orientações e reforços para empoderamento do paciente, a fim de promover a autonomia e engajamento no tratamento⁴⁴, com impacto na melhor adesão à farmacoterapia. Ainda, foram realizadas indicações de terapias não farmacológicas, como alimentação saudável, a realização de atividade física, demandas psicossociais e cessação do tabagismo, sendo em alguns casos, encaminhados para o educador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social e centro especializado, respectivamente.

Ao analisar a quantidade de medicamentos prescritos em consonância com a RENAME encontrados no consultório farmacêutico do HEEC, observou-se um elevado

número de medicamentos contemplados no SUS, em comparação a outros estudos⁴⁵, resultado de um trabalho de educação em saúde realizado no serviço junto à equipe médica, e por meio da organização de uma rede interna (Intranet) nos ambulatórios que possibilita utilizar e salvar o Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME) eletrônica para atendimentos futuros, além da elaboração de vídeo tutorial e encontros periódicos para apresentação de instrumentos, tais como a RENAME e os PCDT.

Em conformidade com a missão do serviço, por se tratar de um hospital escola, a partir de 2016, os alunos no quinto ano do internato de medicina, recebem preceptoria no consultório farmacêutico e acompanham os atendimentos, para compreender a dinâmica e estrutura da Assistência Farmacêutica, os PCDT e a importância do preenchimento correto da documentação⁴⁶. Em estudo desenvolvido *in loco*⁴⁷, por meio de testes aplicados antes e depois da intervenção por meio da experiência prática e das orientações durante a preceptoria, os alunos tiveram um aumento no acerto de questões relativas à farmacoterapia no contexto da saúde pública de 45,8% para 91,7%. Tal estratégia tem se mostrado satisfatória e tem como pretensão a formação de profissionais com mais conhecimento e responsabilidade nas prescrições dos medicamentos.

No entanto, ainda há muito que se avançar para atingir a meta de 100% das prescrições com medicamentos disponíveis no SUS³², conforme recomendações da OMS²⁵, considerando a organização do serviço ambulatorial regional, uma vez que o HEEC atende 19 municípios, onde se torna um desafio para o prescritor conhecer cada uma das REMUME. Dessa forma, torna-se necessário o desenvolvimento de ferramentas que permita a busca de forma rápida e facilitada dos medicamentos disponíveis nas REMUME dos municípios atendidos, bem como aqueles disponíveis na RESME e RENAME.

Vale ressaltar que constam na RENAME 2018¹², além dos medicamentos alopáticos, estão disponíveis 13 medicamentos fitoterápicos, porém, nos 19 municípios atendidos pelo serviço, não foi evidenciado a presença destes no rol das REMUME.

Para contribuir no acesso e possibilitar a integralidade do cuidado com medicamentos, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo implanta os Centros de Dispensação de Medicação de Alto Custo (CEDMAC), formando uma rede estadual para atendimento aos usuários de medicamentos, para otimização das doses dos imunobiológicos⁴⁸, onde se realiza a infusão de medicamentos injetáveis, possibilitando utilizar o remanescente para tratar também os pacientes cujas patologias não estejam contempladas nos PCDT⁴⁹. No entanto, alguns pacientes relatam descontentamento por ter que se ausentar de suas atividades laborais, na obrigatoriedade de ir até o referido centro para receber periodicamente a medicação que tem direito, sobretudo, àqueles com prescrição de medicamentos na dose completa das seringas pré preenchidas para administração via subcutânea. Por outro lado, há de considerar que os centros possuem mão de obra especializada e assim promovem maior segurança ao paciente.

As especialidades médicas que mais originaram demandas de medicamentos não dispostos na RENAME foram Cardiologia, Reumatologia e Endocrinologia. Paradoxalmente, a Cardiologia e Reumatologia foram também às especialidades médicas que mais solicitaram medicamentos disponíveis na RENAME.

Considerando as recomendações da OMS na elaboração da relação de medicamentos essenciais (aqueles que atendem ao perfil epidemiológico de uma determinada população), estudo correlacionou a carga global de doenças no Brasil com os medicamentos disponibilizados na RENAME e calculou o DALY (*Disability Adjusted Life of Years*), que é a soma de anos de vida perdidos devido à morte prematura. Os resultados mostraram que as RENAME de 2002, 2006 e 2008 obtiveram um DALY de 91%; 86% em 2010 e 87% em

2012, pois alguns tratamentos não foram plenamente contemplados pelos medicamentos da lista, sugestivo de atualização do elenco de fármacos disponibilizados no SUS, bem como os critérios de inclusão nos PCDT, correlacionando-os ao perfil nosológico da população brasileira⁵⁰.

A partir da carga global das doenças, as cardiovasculares correspondem à principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo⁵¹, e, portanto, se faz necessário discutir sobre os medicamentos para o sangue e sistema cardiovascular, sobretudo, àqueles não disponíveis no SUS. Contudo, ao analisar os medicamentos disponíveis na RENAME, deve-se considerar que a incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como a elaboração e atualização de PCDT que são realizadas pela CONITEC⁴⁵ (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), com critérios e prazos definidos, baseado em evidências científicas, avaliação econômico e impacto da incorporação da tecnologia na saúde pública⁵².

Com relação às medicações cardiovasculares, para fibrilação atrial não valvar, segundo as diretrizes⁵³, por exemplo, pode ser indicado o medicamento da classe dos antagonistas da vitamina K (Varfarina), disponível na saúde pública¹⁹. Com a utilização do escore SAME-TT2R2 em coorte retrospectiva realizada em ambulatório de anticoagulação, é possível prever o tempo na faixa terapêutica, sendo evidenciado grupo de pacientes que não respondem a varfarina⁵⁴, os quais poderiam, mediante a protocolo e critérios de inclusão, serem direcionados para alternativas terapêuticas com os novos anticoagulantes orais inibidores diretos da trombina (dabigatran) e do fator Xa (rivaroxabana, apixaban e edoxabana).

Estudo duplo-cego, randomizado, em amostra de 14.264 pacientes de alto risco para eventos trombóticos, que compara a rivaroxabana com a varfarina, em que demonstra não inferioridade para desfecho primário de acidente vascular cerebral (AVC) e embolia

sistêmica, além de apresentar segurança com redução significativa no de AVC hemorrágico e sangramento intracraniano⁵⁵. Ainda, estudos recentes demonstram menores riscos de impactar negativamente na função renal⁵⁶; sendo a dose ajustada⁵⁷, e atualmente, caso requerido, há disponível o antídoto⁵⁸⁻⁵⁹.

A heparina de baixo peso molecular, por exemplo, a enoxaparina, conforme parecer da CONITEC, a incorporação da tecnologia farmacêutica no SUS é recomendada para o tratamento de gestantes com trombofilia⁶⁰. Não obstante, existem outras indicações sem cobertura, como a profilaxia estendida para tromboembolismo venoso (TEV), com maior demanda nesse presente trabalho, os pacientes cirúrgicos, sobretudo, os casos da ortopedia, o qual poderia ser considerado a incorporação na RENAME, e/ou a elaboração de protocolos com critérios de inclusão nas REMUMES, atendendo a tempo a necessidade dos pacientes, evitando compras de emergência pelos municípios, solicitações administrativas e judicialização na saúde. Há de se considerar ainda as demandas crescentes de profilaxia TEV para pacientes oncológicos, sendo o local do estudo tornado referência atual para tratamentos de neoplasia para a cidade e toda a região do entorno.

Conforme recomendações, novos medicamentos vêm sendo incorporados a RENAME por meio do CEAF, com tecnologias farmacêuticas e regimes posológicos que podem promover maior conforto e segurança para o usuário, com impacto direto na adesão aos tratamentos⁶⁰, como exemplo a insulina análoga de ação rápida, para o Diabetes Mellitus (DM)⁶¹; e um ano depois, torna pública a decisão de incorporar também a insulina análoga de ação prolongada⁶². No entanto, vale observar que os protocolos limitam somente para o tratamento para DM Tipo I.

Apesar de se discutir medicações que poderiam ser inseridas na RENAME, dado o aumento observado em suas prescrições médicas e considerando evidências científicas

recentemente apontadas deve-se considerar a influência da indústria farmacêutica sob os prescritores.

No Brasil, não há estimativas no investimento dos relacionamentos da indústria farmacêutica para influenciar as prescrições, as políticas públicas e ações conjuntas ao governo. Nos Estados Unidos, registros do Departamento Público, mostram que entre as despesas das indústrias, a farmacêutica ocupa o primeiro lugar com parcerias público-privado. Todavia, o assunto não está em pauta na agenda da saúde pública brasileira⁶³.

Por outro lado, o lobby junto a associações ou grupos que lutam pelos interesses de minorias, com testes de inferioridade e superioridade, análises econômicas de custo efetividade, podem impulsionar a incorporação de tecnologias, sobretudo, para doenças órfãs de tratamento na saúde pública.

No HEEC, a Comissão de Farmácia Terapêutica (CFT) optou por proibir amostras grátis fornecidas pela indústria e pelos médicos, devido à falta de gestão desses medicamentos que ficavam alocados dentro dos ambulatórios. Foi descartada a possibilidade de trazer para dentro da farmácia central e inviabilizado os farmacêuticos fazerem a gestão desses medicamentos dispersos nos ambulatórios. Considerando que a maioria dos medicamentos de amostra grátis não estava disponível na RENAME, a CFT entendeu que seria fornecido apenas o início do tratamento, e depois, o paciente ficaria desamparado.

Além disso, foi regulado o acesso de propagandistas na instituição, no entendimento que havia um desserviço, pela divulgação de medicamentos não padronizados no hospital e não disponíveis na rede pública de saúde. Foram criadas regras para parcerias com os laboratórios homologados e a abertura para apresentação de novas tecnologias, sobretudo, por se tratar de um hospital escola, entendendo-se que tecnologias farmacêuticas inovadoras e disponíveis no mercado sejam importantes de integrar a educação médica, considerando o *compliance* das indústrias farmacêuticas e as normas da instituição.

A prescrição de medicamentos não contemplados na RENAME seja por indicação de real necessidade ou por influência da indústria farmacêutica pode acarretar nos processos judiciais. Atualmente, 80% dos casos de judicialização na saúde estão relacionados a medicamentos⁶⁴. Diante disso, o judiciário tem recorrido ao Núcleo de Apoio Técnico (NAT)⁶⁵, a fim, de avaliar a necessidade da tecnologia prescrita, bem como propor alternativas disponíveis na saúde pública, promover o acesso justo e minimizar o impacto nos cofres públicos.

No consultório farmacêutico do HEEC, para os casos refratários, não responsivos ou farmacoterapia ausente para o tratamento da doença na saúde pública, observou-se um aumento significativo nas solicitações administrativas com risco de potencial ajuizamento. Em 81,6% dos casos foi possível realizar intervenções, por meio da atuação farmacêutica, com a utilização de ferramentas técnicas científicas e saúde baseada em evidências, com proposta de intercâmbio com tecnologia farmacêutica disponível na saúde pública, a fim de mitigar empenho no repasse pelo SUS.

Também encontrou-se que dos casos cuja demanda de origem foi a não conformidade, 90,2% destes houve intervenção farmacêutica por meio do intercâmbio de medicamentos não disponíveis na saúde pública para tecnologias presentes na RENAME. Dentre as demandas apresentadas com necessidade de intercâmbio, observou-se prescrições de Quetiapina, para o gerenciamento dos sintomas neuropsiquiátricos do Alzheimer⁶⁶, não contemplado nos PCDT, sendo somente liberada para casos de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno afetivo bipolar²¹.

Também necessitaram de intercâmbio as prescrições com os antidepressivos “duais”, Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina (Venlafaxina e Duoxetina), classe órfã na RENAME 2018¹², substituídos pelos Inibidores Seletivos da Recaptação da

Serotonina – ISRS (Fluoxetina); e para dor crônica, o Tramadol foi substituído por opióide equivalente (Codeína).

Ao analisar as demandas atendidas no consultório farmacêutico do HEEC, encontrou-se que a maioria compreendia adequações aos processos do PCDT/RENAME. Também se observou, neste estudo, casos de não conformidades, referente a prescrições incorretas, medicamentos não disponíveis na RENAME, sem critério de inclusão nos protocolos, prescrito com nome comercial ou apresentação não disponível, e inclusive solicitações administrativas negadas pelo estado ou município.

Por se tratar essencialmente de medicamentos disponíveis no CEAF, o processo para a solicitação e dispensação do medicamento é composto por: prescrição (três quando o medicamento controlado da Portaria 344); LME (preenchida, sem rasuras, do item 1 ao 17); exames e/ou escalas, a depender da doença/medicamento, conforme especificidade do PCDT. Nos casos de processos iniciais, além dos documentos supracitados, deve-se também incluir na documentação o TER.

Deve-se ressaltar que a prescrição médica deve conter parâmetros elencados pelo Protocolo Nacional de Segurança do Paciente⁶⁷, como identificação do paciente, prescritor, instituição e data da prescrição, legibilidade e uso de abreviaturas, indicação, cálculo de doses e quantidade dos medicamentos, alergias, e o nome do medicamento devendo ser prescrito utilizando-se a denominação comum brasileira, e em sua ausência, a denominação comum internacional. Por se tratar de um ambulatório que presta serviço ao SUS, a presença do medicamento padronizado na própria RENAME e REMUME.

Para os casos cuja demanda estava relacionada a adequações aos processos do PCDT/RENAME, em pouco mais da metade foi realizada a adequação à documentação e outros demandaram assistência clínica farmacêutica, principalmente para solicitação de exames, conforme solicitados nos PCDT, predominantemente àquelas relacionadas ao

Sistema Cardiovascular, sobretudo, com medicamento para tratamento dislipidemia (Atorvastatina); Sistema Nervoso para o tratamento de dor crônica (Morfina e Gabapentina), Sangue e órgãos formadores de sangue, para anemia por doença renal crônica (Alfaepoetina) e os Antineoplásicos e agentes imunomoduladores, para tratamento de artrites e doença de Crohn (Infliximab e Adalimumab).

As classes de medicamentos com maior necessidade de adequação de preenchimento da documentação foram Sangue e dos órgãos formadores de sangue para tratamento das Síndromes Coronarianas Agudas (Clopidogrel); Sistema Cardiovascular para dislipidemia (Atorvastatina e Ciprofibrato); e Sistema Nervoso, para tratamento de Alzheimer e Esquizofrenia (Donepezila e Risperidona, respectivamente).

Uma vez que o CEAF é uma estratégia da assistência farmacêutica para melhorar o acesso aos medicamentos disponíveis no SUS, diante dos resultados deste estudo, deve-se refletir: A burocratização dos processos para dispensação dos medicamentos, importante para garantir o “padrão ouro” da qualidade da assistência do CEAF, tem facilitado ou se caracterizado como barreira de acesso aos medicamentos?

Ademais, deve-se discutir sobre o estado da arte e necessidade de sensibilização para maior afincamento dos prescritores, uma vez que a busca pela correção das prescrições com preenchimento incorreto gera um retrabalho para o próprio prescritor, um trabalho para o farmacêutico e implica no não acesso ao medicamento para o paciente, sendo esse evento evitável.

Para a Atenção Básica foram os casos encaminhados para renovação do processo, visto que os PCDT dão abertura para o matriciamento da rede, de forma a não sobrecarregar os serviços de média e alta complexidade. Segundo os PCDT, a continuidade do tratamento pode se dar por meio do compartilhamento da rede, onde os processos iniciais são realizados pelos especialistas e as renovações, a depender do controle da doença, podem ser orientadas a

renovar pela atenção básica, permitindo que o usuário dê continuidade ao tratamento até o retorno com o especialista no ambulatório de média-alta complexidade.

Nos municípios estudados, tem-se organizado a assistência farmacêutica relacionada a CEAF juntamente com atenção básica, exceto para a renovação do processo de antineoplásicos e agentes imunomoduladores para tratamento das artrites, sobretudo, com os imunobiológicos (sempre que possível); e para os colírios utilizados para tratamento de glaucoma.

Neste estudo, encontrou-se que, dos casos atendidos no consultório farmacêutico no HEEC, aproximadamente 10% foram originadas após a alta hospitalar. Ainda que discreta a proporção, indica a possibilidade de melhoria na qualidade da assistência ao paciente, por meio da alta responsável⁶⁸, evitando que o paciente fique desconectado na rede de cuidado e deixe de utilizar o medicamento que necessita. No HEEC, em casos eletivos e de forma rotineira é realizada a desospitalização com os medicamentos, sobretudo, com antimicrobianos, visando à humanização nos atendimentos, segurança do paciente, e ainda, redução de custos da internação.

Por fim, pelos resultados deste estudo, pode-se observar a importância do papel do farmacêutico na resolutividade das demandas oriundas das prescrições dos medicamentos, seja nas intervenções realizadas, quanto nas adequações dos processos relacionados aos PCDT. No entanto, há de se reconhecer que essas atividades exercidas pelo farmacêutico na consulta farmacêutica na esfera pública poderiam ser ampliadas para a saúde suplementar, consultório particular, farmácias e drogarias, na promoção ao acesso aos medicamentos, e acompanhamento farmacoterapêutico para melhor controle das doenças. Além disso, o farmacêutico clínico pode ser ainda mais resolutivo com a prescrição de terapias farmacológicas e não farmacológicas, conforme a Resolução 586⁶⁹ do Conselho Federal de Farmácia, aprovada em 2013. De acordo com essa resolução:

Art. 5º - O farmacêutico poderá realizar a prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais - alopáticos ou dinamizados -, plantas medicinais, drogas vegetais e outras categorias ou relações de medicamentos que venham a ser aprovadas pelo órgão sanitário federal para prescrição do farmacêutico.

A resolução traz ainda a possibilidade do farmacêutico clínico prescrever “medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica, desde que condicionado à existência de diagnóstico prévio e apenas quando estiver previsto em programas, protocolos, diretrizes ou normas técnicas, aprovados para uso no âmbito de instituições de saúde ou quando da formalização de acordos de colaboração com outros prescritores ou instituições de saúde”, conforme traz o Art. 6º, da Resolução 586⁶⁹.

Reconhece-se como limitação deste estudo, não ter buscado os eventos de empenho no repasse da instituição, para compreender os casos que foram judicializados.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

No serviço farmacêutico investigado, 86,4% dos medicamentos prescritos encontravam-se na RENAME, sendo a Cardiologia e Reumatologia as especialidades que mais originaram demandas para o consultório farmacêutico, tanto para casos de medicamentos disponíveis na RENAME, e também, para os não RENAME.

Nesse estudo, em 81,6%, as demandas com solicitação administrativa de medicamentos foram possíveis intervir por meio de intercâmbio junto de tecnologias disponíveis na saúde pública. Atualmente, este profissional tem sido inserido no apoio técnico do judiciário, a fim de contribuir no direito à saúde.

As demandas de adequação no preenchimento do processo dos PCDT denotam a necessidade de sensibilizar para maior responsabilidade quanto ao acesso do paciente aos medicamentos disponíveis no SUS. Ainda, assim, cabe refletir se as estratégias do CEAF compreendem ponte ou barreira no acesso aos medicamentos.

As ações do farmacêutico podem ser ampliadas tanto no SUS quanto na saúde suplementar, na viabilização do acesso aos medicamentos. Considerando as prerrogativas legais, poder-se-ia aumentar a contribuição e resolutividade com a prescrição de medicamentos, inclusive os de prescrição médica, para a renovação dos processos e continuidade da farmacoterapia, a serem pactuados entre os profissionais e os serviços.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World report on ageing and health 2015. Ageing and life-course. Acesso em 19 nov. 2018. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=BD6349CA36A27A9D4B7B51C20BCC6DFE?sequence=1>
2. MARLI, M. Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,8 anos. Brasília: Agência de Notícias do IBGE. 01/12/2017, Atualizada em: 05/07/2018. Acesso em 19 nov. 2018. Editoria: Estatísticas Sociais. Disponível em <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos>>
3. PROHASKA, TR; ANDERSON, LA; BRINSTOCK, RH. Public Health for an Aging Society. Maryland: JHU Press. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101561732>>
4. NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Hospital Israelita Albert Einstein — HIAE, São Paulo: Einstein. 2008; (Supl 1):S4 – S6. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/833-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS4-6.pdf>>
5. CAMARANO, AA.; KANSO, S; FERNANDES, D. Brasil envelhece antes e pós-PNI. In: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K.C. (org). Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. 63-103. Disponível em: http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos_capitulo2.pdf
6. BROWN, M.T.; BUSSELL J.K. Medication Adherence: WHO Cares? Mayo Clinic Proceedings. 2011 4;86(4):304 – 314. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3068890/>>
7. MCKEOWN, RE. The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. American journal of lifestyle medicine. 2009. 7;3(1 Suppl):19S – 26S. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805833/>>
8. BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Art. 196 do direito a Saúde. Constituição Federal do Brasil de 88. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicao.htm>>
9. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, s. 1, n. 215-E, p. 18, 10 nov, 1998. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>

11. BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 218 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2018/11/RENAME-2018.pdf>
13. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, 2004; Seção I nº 96.
15. Secretaria do Estado de São Paulo. Solicitação de medicamento ou nutrição enteral por paciente (de instituição de saúde pública ou privada). 2018.
16. BIEHL, J. Patient-Citizen-Consumers: judicialization of health and metamorphosis of biopolitics. *Lua Nova*, São Paulo, n. 98, p. 77-105, Aug. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452016000200077&lng=en&nrm=iso> <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6445077-105/98>
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 52 p: il. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medica_mentososo.pdf>
18. ENSING HT; STUIJT CC; VAN DEN BEMT, BJ; et al. Identifying the Optimal Role for Pharmacists in Care Transitions: A Systematic Review. *J Manag Care Spec Pharm*. 2015 Ago;21(8):614-36.
19. CHISHOLM-BURNS MA; KIM LJ; SPIVEY CA; et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care*. 2010 Oct;48(10):923-33.
20. CORRER, CJ; OTUKI, MF; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua*, v. 2, n. 3, p. 41-49, set. 2011. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000300006&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232011000300006>.

21. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. Acesso em 18 mar. 2017. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>>
22. MELO, DO; CASTRO, LLC; A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017. 22(1): 235-244. DOI: 10.1590/1413-81232017221.16202015 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0235.pdf>>
23. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Using indicators to measure country pharmaceutical situations. Fact Book on WHO Level I and Level II monitoring indicators. Harvard Medical School and Harvard Pilgrim Health. Genebra, 2006. Disponível em: <<https://www.who.int/medicines/publications/WHOTCM2006.2A.pdf>>
25. SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Org.). **Consulta por medicamento:** Assistência Farmacêutica. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/links-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-medicamento>>. Acesso em: 10 fev. 2019.
26. HERNÁNDEZ, DS; CASTRO, MMS; DÁDER, MJF. Método Dáder: Manual de seguimento farmacoterapêutico. 3 ed. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas, 2014. 128 p.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Anatomical Therapeutic Chemical - ATC. Genebra, 2001.
28. OLIVEIRA AN de; BASTOS JR de M; CALDANA M de L. O envelhecimento e as políticas de saúde no Brasil. In: *Saúde do idoso: cuidados multiprofissionais na senilidade e na senescência*. Ribeirão Preto: Book Toy; 2015. Disponível em: <<https://bdpi.usp.br/item/002760192>>
29. HUNT, Paul; KHOSLA, Rajat. Acesso a medicamentos como um direito humano. **Sur, Rev. int. direitos human.**, São Paulo , v. 5, n. 8, p. 100-121, June 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452008000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 11 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452008000100006>.
30. TAVARES NUL; LUIZA VL; OLIVEIRA MA; COSTA KS; MENGUE SS; ARRAIS PSD; et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50(supl 2):7s. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/126601/123605>>
31. LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de et al . Subutilização de medicamentos por motivos financeiros em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 52, supl. 2, 8s, 2018 . Available from

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300505&lng=en&nrm=iso>. access on 11 July 2019. Epub Oct 25, 2018. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000622>.
32. LIMA MG; ÁLVARES J; GUERRA JUNIOR AA; COSTA EA; GUIBU IA; SOEIRO OM; et al. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. *Rev. Saúde Pública.* 2017; 51 Supl 2: 23s. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000300316&script=sci_arttext&tlng=pt>
33. LU WH, WEN YW; CHEN LK; HSIAO FY. Effect of polypharmacy, potentially inappropriate medications and anticholinergic burden on clinical outcomes: a retrospective cohort study. *CMAJ.* 2015 Mar 3;187(4):E130-E137. Epub 2015 Feb 2. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25646290>> DOI: 10.1503/cmaj.141219
34. MORGADO-JR, B; SILVA, EM. Statin-induced paraplegia: case report. *Ciência, Pesquisa e Consciência - Revista de Medicina*, v. 7, n. 1, 2015. Anual. Disponível em: <http://www.unifipa.com.br/site/documentos/revistas/medicina/Revista_Ci%C3%Aancia,%20Pesquisa%20e%20Consci%C3%Aancia%20-%20N%C2%BA7%20-%20JAN-DEZ-2015.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.
35. NASCIMENTO RCRM; ÁLVARES J; GUERRA JUNIOR AA; GOMES IC; SILVEIRA MR; COSTA EA; et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ver. Saúde Pública.* 2017;51 Supl. 2:19s. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf>
36. ROVER, Marina Raijche Mattozo et al . Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2487-2499, Aug. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802487&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.01602017>.
37. BRASIL. Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior Resolução nº 6, de 19 de Outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Resolução CNE/CES 6/2017. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de outubro de 2017, Seção 1, p. 30. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192>
38. LIMBERGER, JB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. *Interface (Botucatu).* 2013 Dec; 17(47): 969-975. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400020&lng=en > <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.3683>.
39. ARAÚJO DC; SANTOS JS; BARROS IM; CAVACO AM; MESQUITA AR; DIVALDO PEREIRA DE LYRA JR. Communication skills in Brazilian pharmaceutical education: a documentary analysis. *Pharmacy Practice* 2019 Jan-Mar; 17(1):1395. Disponível em: <<https://doi.org/10.18549/PharmPract.2019.1.1395>>

40. CIPOLLE RJ; STRAND LM; MORLEY PC. Pharmaceutical care practice: the clinician's guide. 2. ed. New York: McGraw-Hill; 2004.
41. DÁDER MJF; MUÑOZ PA; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ F. Atención farmacéutica. conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Ergon; 2008.
42. International Pharmaceutical Federation. Nanjing Statements. Statements on Pharmacy and Pharmaceutical Sciences Education. The Hague: FIP; 2017.
43. OLIVEIRA E REIS CLC de; CHIORO AA dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2018, v. 34, n. 8, e00056917. Epub, 20 Ago. 2018. ISSN 1678-4464. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917> >.
44. ISMP BRASIL. ESTRATÉGIAS PARA ENVOLVER O PACIENTE NA PREVENÇÃO DE ERROS COM MEDICAÇÃO, 2019 [Internet]. [acesso em 30 de abril de 2019]. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/05/Estrategias_para_envolver_o_paciente_Boletim_ISMP_Brasil.pdf
45. LIMA MG; ÁLVARES J; GUERRA JUNIOR AA; COSTA EA; GUIBU IA; SOEIRO OM; et al . Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. Rev. Saúde Pública. 2017; 51(Suppl 2): 23s. Epub Nov 13, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300316&lng=en >. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007137> .
46. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Assistência Farmacêutica. Nota Técnica CAF nº 03, de 30 de maio de 2018 (Atualizada em 29.08.2018). Informações acerca do correto preenchimento do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME). Disponível em: < http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacautica/notas-tecnicas/nota_tecnica_03_2018_-_preenchimento_lme_-_v4.pdf >
47. MORGADO-JR, B; SILVA, EV; RODRIGUES, BC; GONSAGA, RAT. Prescrição Assertiva, Acesso e Adesão Farmacoterapêutica na Saúde Pública: Teste de Progresso. Pôster aprovado. Disponível em: < <http://www.sbrafh.org.br/congresso2017/trabalhos/open/id/685> >
48. BARROS, BM; FERREIRA, BSA; MARCHIORE, AGM; et al. Construção do manual de processos de trabalho e técnicas do Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CEDMAC) do Hospital de Clínicas da Unicamp. Rev. Bras. Reumatol. 2014 June; 54(3): 185-191. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042014000300185&lng=en> <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2013.10.004>
49. NORONHA, FF; AGOSTINHO, HT; SILVA, HM. Evolução do Centro de Dispensação de Medicação de Alto Custo em São José do Rio Preto, Estado de São Paulo: relato de experiência. J Assist Farmac Farmacoecon, v. 3, n.1, p. 14-21, jan. 2018. Disponível em: <http://www.jaff.org.br/jornal/Upload/anexo_revista/ARTIGO%20ORIGINAL%202.pdf > <https://doi.org/10.22563/2525-5010.2018.v3.n1.p.14-21>
50. FIGUEIREDO, TA; SCHRAMM, JMA; PEPE, VLE. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(11): 2344-

2356, nov. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2344.pdf> > <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00165113>

51. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Doenças cardiovasculares. Revisado em maio de 2017. Principais fatos. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096 >

52. FERREIRA-DA-SILVA, AL; RIBEIRO, RA; SANTOS, VCC; ELIAS; FTS. Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2012. July; 28(7): 1223-1238. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700002&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700002>

53. MAGALHAES, LP et al . II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 106, n. 4, supl. 2, p. 1-22, Apr. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016003100001&lng=en&nrm=iso>. access on 15 July 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160055>.

54. PIVATTO JUNIOR, Fernando et al . SAME-TT2R2 Score in the Outpatient Anticoagulation Clinic to Predict Time in Therapeutic Range and Adverse Events. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 108, n. 4, p. 290-296, Apr. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017000400290&lng=en&nrm=iso>. access on 15 July 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170052>.

55. PATEL, MR MAHAFFEY, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation *N Engl J Med* 2011 **365** 883 891

56. XIAOXI YAO, NILAY D. SHAH, LINDSEY R. SANGARALINGHAM, BERNARD J. GERSH, PETER A. NOSEWORTHY. Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant Dosing in Patients With Atrial Fibrillation and Renal Dysfunction. *J Am Coll Cardiol.* 2017 Jun 13; 69(23): 2779–2790. doi: 10.1016/j.jacc.2017.03.600

57. XARELTO: Bula. Bula. 2014. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmvisualizarbula.asp?pnutransacao=11301362014&pidanexo=2370899>. Acesso em: 01 fev. 2019.

58. UPTODATE. **Management of bleeding in patients receiving direct oral anticoagulants.** 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-bleeding-in-patients-receiving-direct-oral-anticoagulants?search=andexxa&source=search_result&selectedTitle=2~11&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 03 fev. 2019.

59. ANDEXXA—An Antidote for Apixaban and Rivaroxaban. *JAMA.* 2018;320(4):399–400. doi:10.1001/jama.2018.9257

60. PANTUZZA, LL; CECCATO, MGB; SILVEIRA, MR; et al. Association between medication regimen complexity and pharmacotherapy adherence: a systematic review. *Eur J Clin Pharmacol* (2017) 73: 1475. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28779460>> <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2315-2>

61. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria Conjunta nº 08, de 15 de Março de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellito Tipo 1. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_DM_2018.pdf>

62. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 19, de 27 de março de 2019. Torna pública a decisão de incorporar insulina análoga de ação prolongada para o tratamento de diabetes mellitus tipo I, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Publicado em: 29/03/2019. Edição: 61. Seção: 1. Página: 99. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69182847>

63. PAUMGARTTEN, FJR. Pharmaceutical lobbying in Brazil: a missing topic in the public health research agenda. Rev. Saúde Pública. 2016; 50:70. Epub Dec 22, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100604&lng=en> <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006508>

64. BRASIL. Portal do Tribunal de Contas da União. Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde. Imprensa. Notícias. Publicada em 23 de agosto de 2017. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>>

65. BRASIL. Portal do Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde: SP cria núcleo técnico até o fim do ano. Notícias. Judiciário. Publicada no dia 05 de julho de 2018 às 09h22. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/87113-judicializacao-da-saude-sp-espera-criar-nucleo-tecnico-ate-o-fim-do-ano>>

66. PRESS, D; ALEXANDER, M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. UpToDate. Publicado em fev. 2019. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia>>

67. BRASIL. Portal da ANVISA. Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos. Profissional de Saúde. Publicações. Tipos. Protocolos. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>>

68. BRASIL. Governo do Estado de São Paulo. Portal da Secretaria de Estado da Saúde. Indicador A9 Alta Responsável. Humanização. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/aceso-rapido/santas-casas-sustentaveis/indicador-a9-alta-responsavel>>

69. BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. Ementa: Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586_13.pdf>

ANEXOS

PCDT – VIA INTRANET FPA:

http://170.10.0.74/shpa/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=81&Itemid=11

PCDT – VIA INTERNET:

<http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
DO AMBULATÓRIO DE FARMÁCIA**

	<i>FARMÁCIA</i>		Código: POP-FAR-15
	HOSPITAL EMÍLIO CARLOS		Página 57 de 104
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Edição: 01 – 02/2018
			Emissão: Setembro 2017
			Validade: 2 anos e/ ou quando necessário alterar o conteúdo.

AMBULATÓRIO DE FARMÁCIA

QUEM: Farmacêutico clínico
ONDE: Ambulatório
QUANDO: Terças e quintas-feiras.
OBJETIVO: Contribuir para o acesso e adesão à farmacoterapia através da saúde pública.
<p>CONCEITOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acesso: A relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual a necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente, com a garantia de qualidade e a informação suficiente para seu uso adequado (Bermudez et al., citados por Oliveira et al. (2007, p. 67). • Adesão: Entende-se por adesão terapêutica o quanto há de concordância entre o comportamento do paciente na utilização de medicamentos ou seguimento de medidas não farmacológicas, e aquelas recomendações feitas pelos profissionais da saúde. • CID: Código Internacional da Doença. • Componente de Especialidades Médicas da Assistência Farmacêutica (Ceaf): Conhecido popularmente como “Alto custo”, é uma das estratégias de acesso aos medicamentos no âmbito do SUS que busca garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade. • Farmacoterapia: Tratamento realizado com medicamentos. • Intercâmbio farmacológico: Substituição entre medicamentos com a mesma ou similar indicação terapêutica. • Judicialização na saúde: A judicialização da saúde refere-se à busca do Judiciário como a última alternativa para obtenção do medicamento ou tratamento ora negado pelo SUS, seja por falta de previsão na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), seja por questões orçamentárias. • Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT: No Ceaf, o acesso aos medicamentos ocorre de acordo com critérios definidos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Os PCDT definem as linhas de cuidado para cada condição clínica, indicando a melhor abordagem terapêutica em cada situação, com base nas melhores evidências disponíveis. • Reação Adversa Medicamentosa – RAM: é qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para a modificação de funções fisiológicas. • Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME: é uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Deve ser um instrumento mestre para as ações de

assistência farmacêutica no SUS.

• **Tecnologia farmacológica:** equivalente a medicamento.

1. Histórico

Em 08/2015 instituído o ambulatório de farmácia para atender pacientes com dificuldade de acesso e adesão aos medicamentos, sobretudo, àqueles do componente de especialidades médicas - “alto custo”.

O novo serviço foi divulgado aos 19 municípios atendidos pela FPA, através de e-mail enviado às secretarias de Saúde, com apresentação e reforços periódicos através de reuniões na DRS-XV da Assistência Farmacêutica e Alta Responsável.

Em 01/01/2016, realizada análise crítica com as clínicas, bem como a natureza de maior demanda. Identificado a possibilidade de melhoria junto a clinica da cardio, pelas demandas referente aos processos incompletos de clopidogrel e estatinas, sendo disponibilizado aos setores de internação que atendem a especialidade com uma pasta física contendo as orientações para o processo inicial (CID's contemplados e exames necessários), Laudo de Medicamento Especiais – LME e Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

2. Procedimento

Atendimento é realizado duas vezes por semana: terças-feiras das 9 às 11h e quintas-feiras das 14 às 16h;

Por ordem de chegada, as senhas são retiradas na recepção lateral do ambulatório, uma hora antes do inicio do mesmo;

Os pacientes ficam sentados nas cadeiras do saguão principal, de frente ao corredor do ambulatório da cirúrgica; Os pacientes são chamados individualmente, respeitada a ordem de chegada, e atendidos na primeira sala do ambulatório da clinica cirúrgica;

Critério de inclusão: pacientes após a alta hospitalar das unidades hospitalares da FPA; e pacientes ambulatoriais HEC;

Para demandas relacionadas ao acesso, consultada a RENAME para análise da disponibilidade da tecnologia farmacológica através da saúde pública.

As demandas são acolhidas e registradas os dados no Excel para análise posterior junto ao prontuário;

Após o atendimento, são solicitados os prontuários ao SAME para estudo de cada caso;

Medicamentos do CEM, são avaliados se o medicamento prescrito é contemplado conforme o diagnostico, mediante ao CID, conforme PCDT; ainda, são verificados os testes e exames, se realizados e dentro do prazo de vigência.

Caso os exames não tenham sido solicitados ou estejam vencidos, o farmacêutico clínico os libera pedido do exame;

Caso o medicamento não seja disponibilizado pela saúde publica, conforme o diagnostico, são estudadas as tecnologias disponíveis para possível intercambio junto ao médico;

O contato com o profissional médico é realizado no ambulatório, conforme os dias e horários de atendimento.

Para todos os protocolos do CEM, “alto custo”, o processo inicial obrigatoriamente deve ser realizado pelo especialista;

Renovação: somente os processos iniciais são de responsabilidade dos especialistas, exceto: reumato, hemato, oftalmo e dermat. Estes, trimestralmente, precisarão passar em retorno médico ou farmacêutico, para renovação do processo e continuidade do tratamento. Os demais casos, são orientado a procurar a atenção básica para a renovação do processo.

Em mãos do processo concluído, é realizado contato com o paciente ou cuidador, para retirada dos papeis nos dias e horários de atendimento. Vale observar que é de responsabilidade do usuário a solicitação e retirada das cópias dos exames no arquivo, de segunda a quinta, das 7 às 12h.

Evolução – a evolução no prontuário do paciente deverá ser realizada ao termino e conclusão do processo, descrevendo o que foi realizado, salvaguardas os profissionais e instituição.

Por fim, dar-se-á baixa no arquivo com o status concluído e devolve-se o prontuário ao arquivo.

OUTROS DOCUMENTOS APLICÁVEIS: N/a

MATRIZ DE REGISTROS:

IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO	TEMPO DE RETENÇÃO (MÍNIMO)	ARMAZENAMENTO / PROTEÇÃO				RECUPERAÇÃO	FORMA DE DESCARTE
		LOCAL	RES P.	MEIO	ACESO		
FRL 001 - “Alto custo”	Indeterminado	Rede Intranet	Belmiro	Eletônico	Restrito	Pasta “Alto custo” no Amb. 22 e PC Farma 2 HEC	N/a
PCDT	Indeterminado	Rede Intranet	Belmiro	Eletônico	Restrito	Pasta “Alto custo” no Amb. 22 e PC Farma 2 HEC	N/a

O QUE FAZER CASO NÃO ATINJA O ESPERADO:

Discutir o caso com a gerencia médica, gerencia administrativa e/ou diretoria clínica;
Preenchimento do Processo Administrativo, validado pelo médico prescritor e Diretor clínico.

REFERÊNCIAS:

- RDC 585/2013 – Atribuições clínicas do farmacêutico. Define e autoriza: atendimento ambulatorial e solicitação de exames. <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>
- RDC 586/2013 Regula a prescrição de medicamentos pelo farmacêutico: autorizado a prescrever medicamentos para doenças menores. <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>
- RENAME 2017: <http://conitec.gov.br/es-es/renome17>
- PCDT: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>

HISTÓRICO DAS REVISÕES:

00 – Elaboração e envio para aprovação – Setembro 2017

Elaborado: 09/2017

Belmiro Morgado Junior
Farmacêutico Clínico
Farmácia HEC
CRF 31321

Revisado: 02/2018

Christiane Assencio Leite Marri
Enfª Coord. dos ambulatórios

Aprovado: 02/2018

Eliezer Clemente do Valle
Coord Logística FPA

Benedito Carlos Rodrigues
Ger. de Serviço de Saúde
HEC

APÊNDICE 2: FRL 01 – ALTO CUSTO

banco análise belmiro - mae (atualizado em 01.02.19) - Microsoft Excel

1	data	especialidade	sexo	idade	medicamento	classific	ATC	componente	cidade	origem	detalhes	3 - Resolutividade	2 - Natur	das demanda
2	21/02/2017	reumatologista	Feminino	66	sulfazalazima	A07EC01	A	Especializado	Pirangi	Ambulatorial	Processo inicial Clínica			1
3	18/05/2017	Onc	Masculino	55	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo Inicial Documentação - Pree			1
4	01/06/2017	Onc	Masculino	55	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Profissionais dif Documentação - Pree			1
5	14/03/2017	gastrologia	Masculino	30	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo inicial Documentação - Pree			1
6	18/07/2017	gastrologia	Masculino	31	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Faltam de exam Clínica			1
7	20/09/2016	gastrologia	Feminino	71	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	palmares	Ambulatorial	Faltam de exam Clínica			1
8	14/06/2016	gastrologia	Masculino	23	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	palmares	Ambulatorial	Processo Inicial Documentação - Pree			1
9	19/10/2017	gastrologia	Feminino	32	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo inicial Documentação - Pree			1
10	28/11/2017	gastrologia	Feminino	32	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Perdeu documer Documentação - Pree			1
11	04/07/2017	gastrologia	Masculino	40	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo inicial Documentação - Pree			1
12	30/05/2016	proctologista	Masculino	52	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	sales	Ambulatorial	Processo inicial Documentação - Pree			1
13	12/07/2016	gastrologia	Masculino	49	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo inicial Documentação - Pree			1
14	01/11/2016	gastrologia	Masculino	50	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	coatanduva	Ambulatorial	Faltam de exam Clínica			1
15	25/10/2016	gastrologia	Masculino	64	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo inicial Clínica			1
16	02/03/2017	gastrologia	Feminino	50	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo inicial Documentação - Pree			1
17	01/03/2016	Neurologista	Masculino	68	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo Inicial Documentação - Pree			1
18	06/06/2017	Onc	Feminino	70	MESALAZINA	A07EC02	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo inicial Clínica			1
19	11/10/2016	nefrologista	Feminino	71	calcitriol	A11CC04	A	Especializado	Itajobi	Ambulatorial	Processo inicial Clínica			1
20	11/10/2016	nefrologista	Feminino	59	calcitriol	A11CC04	A	Especializado	novo horizc	Ambulatorial	Faltam de exam Clínica			1
21	31/08/2015	nefrologista	Feminino	74	calcitriol	A11CC04	A	Especializado	pindorama	Ambulatorial	Processo inicial Documentação - Pree			1
22	30/08/2016	nefrologista	Feminino	91	calcitriol	A11CC04	A	Especializado	Catanduva	Ambulatorial	Processo inicial Documentação - Pree			1

Consolidado exluidos

Média: 27/03/1939 Contagem: 13 Soma: 17/09/2017 110%

17:46 14/07/2019

MANUSCRITO

OUTPATIENT PHARMACEUTICAL OFFICE: ENABLING ACCESS TO MEDICINES IN
PUBLIC HEALTH.

Belmiro Morgado Junior¹; Maria Amelia Zanon Ponce²; Rosana De Gasperi Pagliuso²;
Adriana Melo Jorge Santos³; Adriane Lopes Medeiros Simone⁴

¹Emílio Carlos Hospital School, Catanduva, Sao Paulo, Brazil. ²Sao Jose do Rio Preto Medical School, Sao Jose do Rio Preto, Sao Paulo, Brazil. ³University of Central Oklahoma, Edmond, Oklahoma, United States. ⁴São Paulo State Health Department, Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil

Abstract

With the increase in life expectancy of the population, there is a predominance of non-communicable chronic diseases, whose treatment requires the continuous use of medicines. The pharmaceutical office, regulated in Brazil in 2013, allows professionals to contribute effectively to the clinic regarding the need, effectiveness and safety of pharmacotherapy. We evaluated the results obtained with the implementation of the outpatient pharmaceutical office in a teaching hospital about the access to medicines available in the Sistema Unico de Saude – SUS (Unified Health System). This is a descriptive-analytical study, which performed secondary data analysis of 735 appointments performed by the pharmacist from 2015 to 2017. Of the drugs prescribed to patients attended by the outpatient pharmacist office, 86.39% were listed in the Relacao Nacional de Medicamentos Essenciais- RENAME (National List of Essential Medicines) , of which 95.43% belonged to the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance. Evaluating the patient's diagnosis against the inclusion criteria of the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (PCDT), it was identified that the most frequent pharmaceutical interventions were: adequacy of the medication request documents

(56.4%) and examination requests for pharmacotherapeutic follow-up (28.5%). When the prescribed drugs were not included in RENAME / PCDT, the intervention was accepted in 90.3% of the proposals for exchange with available drug in SUS. Still, it was possible to refer the patient to primary care for renewal of continuity in 95.1% of cases, with matriculation to the health services network. The role of the clinical pharmacist contributes to the resolution of untreated health problems by promoting access to medicines within the scope of SUS and their rational use in accordance with the PCDT.

Descriptors: 1. Essential Medicines; 2. Pharmaceutical Care; 3. Ambulatory Care 4. Health Policy; 5. Unified Health System.

Title in execution: ACCESS TO MEDICINE IN PUBLIC HEALTH

Corresponding author

Belmiro Morgado Junior

Emílio Carlos Hospital School - Padre Albino Foundation.

15,809-144 - Catanduva - SP, Brazil

Email: belmiro@unifesp.br

Introduction

With the increase in quality of life and the advent of new health treatments, we have experienced a change in the demographic scenario, characterized by the accelerated increase in life expectancy of the world and Brazilian population¹⁻², reflecting significantly in the health area due to increased burden of diseases, especially non-communicable chronic diseases, which require continuous treatments to maintain health³⁻⁴.

Treatment of chronic diseases usually includes long-term use of medications. Although these are effective in controlling disease, their benefits are often not realized because patients lack access to or adherence to treatment⁵. Factors that contribute to poor adherence are numerous, the main reasons being intolerance to adverse reactions, the cost and access to medicines through public health⁶⁻⁷.

With regard to access to medicines, the National Medicines Policy⁸, laid down in Ordinance 3.916 of 1998, guarantees the use of safe, effective and quality medicines at the lowest possible cost, and their acquisition and maintenance is the responsibility of the three spheres. managers of the Unified Health System (SUS), working in close partnership.

From 2011, new normative acts regulated the principle of comprehensiveness, establishing criteria for the selection of health technologies in the SUS. Law No. 12,401, of April 28, 2011⁹, establishes that access to medicines is “based on the drug relationships established by the federal SUS manager, observing the competences established in this law”, and the responsibility for the supply is agreed upon by the Commission. Tripartite Intergestors. Thus, the National List of Essential Medicines (RENAME) plays a strategic role in health policies, by relating a list of medicines used within the scope of SUS¹⁰, with a view to meeting the fundamental principles of universality, equity and integrality.

However, given the dynamics of health and its possible comorbidities, considering the innovative supply of pharmacological arsenal in the fight and control of diseases, in the

existence of refractory cases and non-responsive to available drugs, or orphans of treatment in RENAME, in the State of Sao o Paulo, may be requested by public or private health institutions, medicines not available broken down in the list of public health, on an exceptional basis, exhausted all available therapeutic alternatives, and it is important to present in the scientific literature strong level of evidence for their use¹¹.

When prescribing a drug not available from RENAME, based on the State's refusal to request medication, there is a risk of fomenting the epidemic with judicialization in health, which, on the one hand, may be perverse, as it meets an unmet individual need. covered by the system, and, on the other hand, may indicate an imbalance in pharmaceutical care policy¹².

In this context, the pharmacist acts in direct patient care, promoting the rational use of medicines and other health technologies, redefining their practice based on the needs of patients, family, caregivers and society, and thus can promote access and adherence to treatments, impacting on cost reduction, tangible and intangible, for the entire health system¹³⁻¹⁴.

In pharmaceutical care, the technical - administrative cycle is inseparable from the clinical management of the drug, which is possible to promote the rational use of drugs, with an impact on better clinical and economic results for the health system¹⁵.

Incorporating pharmacists as members of the healthcare team in direct patient care is a viable solution to help improve health care¹⁶ as well as contributing to patient safety.

Thus, this study aimed to analyze the impact of an outpatient pharmaceutical office in a medium-sized teaching hospital, on the resolution of untreated health problems, focusing on access to medicines available in public health.

Material and methods

This is a descriptive-analytical cross-sectional study, carried out at the outpatient pharmaceutical office of the Emílio Carlos Hospital School - Padre Albino Foundation (FPA), in Catanduva - SP.

Emílio Carlos Hospital School - HEEC assists patients from Catanduva and microregion (19 municipalities) with the promotion of low and medium complexity health care. It attends about 6,000 hospitalizations per year, being the largest concentration in the age group of 65 to 79 years. The Multi-Specialty Teaching Outpatient Clinic annually serves about 60,000 patients and has 39 offices for outpatient care in multiple specialties, including the pharmaceutical clinic.

In August 2015, a pharmacy outpatient clinic was established to treat patients with difficulty in adhering to treatment due to the difficulty of access to medicines, especially those of the Specialized Pharmaceutical Care Component, popularly known as "high cost". The outpatient care is performed twice a week, without scheduling, in order of arrival of the patient, and the demands related to access and rational use of medicines are accepted.

Data were obtained from secondary sources in the outpatient pharmaceutical office using a Microsoft Excel® spreadsheet. We analyzed the data of all patients who received care at the outpatient pharmacist office that received intervention, from August 2015 (period of start of care records) until December 2017.

Demand for care at this outpatient clinic was classified using the Third Consensus of Grenada which defined the term "Negative Medication Results" (MRI) to refer to patient health problems attributable to the use (or disuse) of drugs that do not meet the therapeutic goals¹⁷. In this study, we considered as inclusion only the patients whose search for the outpatient pharmacist office focused on the need for medication due to untreated health problem.

From August 2015 to December 2017, 753 visits were registered in the outpatient pharmaceutical office of Emílio Carlos Hospital School. Three inclusion criteria were used: 1

- Medicines; 2 - Industrialized-allopathic; and 3 - The need for medication for untreated health problems. Considering the first criterion, “Medicines”, seven cases referring to the nutritional formula and one case regarding inputs such as diapers were excluded. When applying the second criterion of “industrialized - allopathic medicines”, two cases referring to the manipulated formula were excluded; and in the third criterion “need”, seven cases referring to safety and one case concerning effectiveness were excluded. The final study sample consisted of 735 patients, as shown in Figure 1.

Variables related to the patient (gender, age, nature of demand and prescription drugs) and the institutional process (clinic of origin; outpatient or hospitalization and resolution).

The variable “nature of demand” was stratified between:

1. Adequacy to the Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines of SUS for drugs listed in RENAME, or the Municipal List of Essential Medicines (REMUME) and State Medicines (RESME), considering nonconformities in the prescriptions, report and consent form to the need for laboratory tests;
2. Non-compliance, for incorrect prescriptions, for medicines not available from RENAME, without inclusion criteria in the protocols, prescribed by trade name or unavailable presentation and administrative requests denied;
3. Administrative process, for non-responsive cases, refractory to drugs or treatment orphans at RENAME in which the documents were requested to request access via public health to the São Paulo State Department of Health;
4. Demand for Primary Care, which refers to cases of reevaluation of the processes of the Specialized Component of Pharmaceutical Care, which are performed by general practitioners of basic health units, according to the work process of the municipalities served.

The prescribed drugs were stratified into RENAME (Basic Pharmaceutical Care Component, Strategic Pharmaceutical Assistance Component, Specialized Pharmaceutical Assistance

Component, National List of Inputs and Hospital-Based Drug Component), Non-RENAME (Non-Health Standardization Medicines). And other drugs (Chemotherapy protocol drugs and supplies available in the AquitemFarmácia Popular do Brasilprogram).

In addition, the drugs were classified according to the WHO-recommended Anatomical Therapeutic Chemical classification system - ATC¹⁸, which stratifies active substances classified into a hierarchy with five different levels. The first level comprises the main anatomical / pharmacological classification. Each main group of the ATC is divided into levels, with level two being the therapeutic group and level three referring to the pharmacological group. The fourth and fifth levels are chemical subgroups.

In this study, the drugs were classified at level 1, as follows: A - Diet and metabolism; B - Blood and blood forming organs; C - cardiovascular system; D - Dermatologic; G - Genitourinary system and sex hormones; H - Systemic hormone preparations; J - Anti systemic infectious; L - Antineoplastic and immunomodulatory agents; M - Musculoskeletal System; N - Nervous system; P - Antiparasitics, insecticides and repellents; R - Respiratory System; S - sensory organs; V - Several.

Regarding the variable “resolutivity” was classified into two demands and four subcategories:

Clinical Intervention

- Clinical Pharmacy, when there was demand from the professional and his qualifications;
- Exchange, with analysis and proposals for drug exchange contained in RENAME;

Administrative Intervention

- Correction / filling of documentation for unfounded cases;
- Renewal of continuing treatment of CEAF, quarterly required.

For data analysis, the descriptive analysis was initially used to identify the profile of the sample studied, including the variables analyzed and their consequences. Data were analyzed absolutely, relative, measures of central tendency and variability. In the inferential scope, the Mann Whitney non-parametric test was used to verify the association between the variables nature of demand with resolution, class of drugs and medical specialty. The significance level of 0.05 was adopted. Statistical analyzes were performed using the SPSS Statistics Software (Version 23), linked to the features of the Excel tool (version 2.016).

The present study was submitted to the Research Ethics Committee - CEP, through the Brazil Platform, CAAE 88828318.9.0000.5430, approved with the opinion number 2,658,260. In accordance with Resolution 466 of 2012, this research project exempts the Informed Consent Form (ICF), for using the database, formally requested and approved by the proposing institution.

Results and discussion

During the study period, 735 outpatient consultations were performed, corresponding to 486 patients attended, corresponding on average to 1.5 medications per patient. Regarding the attendance, 50.1% were female demands, with a mean age 57.72 years (\pm 18.49 years), and 91.0% of the patients were in outpatient follow-up and 9.0% were after hospital discharge.

This study found a higher frequency of patients aged 41 to 80 years, meeting the aging process of the Brazilian population, which has a growing life expectancy¹⁻². In this process, senility favors a transition of health conditions, with a decrease in the occurrence of acute conditions and an increase in chronic diseases, being the drug the technology most used by the population¹⁹.

In this scenario, access to medication becomes fundamental to guarantee a longer life expectancy, with better quality, besides being an indicator of guarantee of entitlement, as pointed out by WHO²⁰. Although studies in Brazil show high prevalence of access to

medicines (over 90%), such access still occurs unevenly, coexisting with large social inequities, and these data are not as high when considering free access.

A study based on the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM)²¹ found that only half of Brazilians (47.5%) had access to all their medicines for the treatment of chronic diseases free of charge. In another longitudinal study conducted with 9,412 elderly Brazilian patients, the prevalence of underuse of drugs was 10.6%²² due to financial constraint. These data indicate the need to review the feasibility of effective access to medicines through public health, in order to ensure adequate drug treatment and control of chronic diseases, including avoiding burdening secondary and tertiary care through the return of patients to health services.

In the series of this study, the patient has a diagnosed health problem, but is without the treatment he needs. At the outpatient pharmaceutical office in question, RENAME and REMUME are initially consulted for the analysis of the availability of pharmacological technology in public health. Subsequently, the demands are accepted and the data are recorded for later analysis with the patient's medical record. Thus, it is possible to use the indicators proposed by WHO to assess the conditions of pharmaceutical services²³, which aim to equate the drugs available in public health with those requested.

Medicines under the Specialized Pharmaceutical Care Component (CEAF) are evaluated for the need for the prescribed drug, according to the diagnosis and adequacy of the PCDT, according to inclusion criteria, such as the International Code of Disease - ICD and laboratory tests and images, within period of validity. These inclusion criteria of CEAF are consulted on the website²⁴ of the São Paulo State Health Department.

For all CEAF protocols, at the study site, the initial process is performed by the specialist, in accordance with the good practices set out in Standard Operating Procedure. Quarterly

reevaluation of continuity of treatment, when not required by PCDT medical specialists, may be performed at primary care units.

If examinations have not been requested or are due for treatment follow-up under the PCDT, the clinical pharmacist is entitled to issue the examination request in accordance with Resolution 585 of 2013¹⁴, Chapter I, paragraph XI: “Request laboratory tests, within the scope of their professional competence, in order to monitor the results of pharmacotherapy”.

In situations where the prescribed drug is not available from the SUS, based on the medical diagnosis, the alternative technologies available in public health are studied for possible exchange, which are discussed and validated with the patient's doctor, who performs the prescription adequacy. of medicines. In the absence of alternatives among the pharmaceutical technologies available from RENAME, or limitations to the criteria for inclusion in the PCDT, in the state of São Paulo, in exceptional cases, it is possible to fill out an administrative request, which consists of a drug application not available in SUS State Department of Health.

Thus, when reflecting on access to medicines, it is necessary to emphasize the importance of the role of the pharmacist inserted in the services that, through the pharmaceutical consultation, contributes to the identification and management of drug-related problems, for better results in clinical outcomes, reduced exam expenses and shorter hospital stay²⁵.

The pharmacist is the professional with competence to enable the integrality of care to the patient, regarding the pharmacological regimen, not limited to the dispensation of the medication²⁶. It is foreseen in the National Curriculum Directive of the Undergraduate Pharmacy Course²⁷, the need for professional training beyond the technical profile, and possessing competences that integrate knowledge, skills and attitudes²⁸, having 50% of the course time structured in the Health Care axis, skills for assertive communication, relationship management and conflict management are recommended. However, in a study on the teaching

of communication skills in Brazil, gaps were identified in pharmacy undergraduate courses, with 25.7% missing content in curriculum matrices²⁹.

With the direct interaction with the other professionals of the team, especially the prescribing physician, the pharmacist opens the dialogue about the case, to contribute in the prescription of drugs that meet the pharmacotherapeutic needs with the rational use of the drugs, which confers the efficacy, safety. and the cost of treatment, as well as impact on clinical, economic and humanistic health outcomes.

Regarding the demands attended at the pharmacy outpatient clinic, 86.4% were present at RENAME, and of these, 95.4% were arranged in the Specialized Pharmaceutical Care Component. The drugs not present in RENAME comprised 13.3% of the study population.

In this study, the most prescribed classes of RENAME medications were: 20.0% Nervous System, 19.8% Antineoplastic and Immunomodulatory Agents, and 17.3% Blood and Blood Forming Organs, as shown in Table 1. Regarding the nervous system, the main drugs prescribed were for the treatment of Alzheimer's disease (donepezil, rivastigmine and galantamine) and for chronic pain (morphine and gabapentin). The most prescribed antineoplastic drugs and immunomodulatory agents were immunobiological drugs (adalimumab, infliximab, tocilizumab and golimumab) and azathioprine and methotrexate, and related to blood and blood forming organs were clopidogrel and alfaepoetin.

When analyzing prescriptions not available from RENAME, the most common drug classes were Blood and blood-forming organs (29.6%), Musculoskeletal System (17.6%), and Nervous System (16.3%). Table 3. Among the blood-class drugs and blood-forming organs those most commonly prescribed were enoxaparin, ticagrelor and rivaroxaban; of the Musculoskeletal System were diacerein, chondroitin and glucosamine and within the Nervous System class the most prescribed drugs were antidepressants (venlafaxine and duloxetine), for attention deficit disorder (methylphenidate) and for pain (pregabalin).

When analyzing the amount of prescription drugs in line with RENAME found in the study pharmacist's office, a high number of medications contemplated by SUS were observed, compared to other studies³⁰, the result of a health education work performed at the service with medical staff, and through the organization of an internal network (Intranet) in the outpatient clinics that allows the use and saving of the Report for requesting, evaluating and authorizing electronic medication (LME) for future care, as well as the preparation of video tutorials and periodic meetings for presentation of instruments such as RENAME and PCDT. In accordance with the mission of the service, since it is a teaching hospital, from 2016, students in the fifth year of medical internship, receive preceptorship in the pharmaceutical office and monitor the attendance, to understand the dynamics and structure of Pharmaceutical Care. , the PCDT and the importance of correctly completing the documentation³¹.

However, there is still a long way to go to reach the goal of 100% of prescriptions with medicines available in SUS³⁰, as recommended by WHO²³, considering the organization of the regional ambulatory service, since HEEC serves 19 municipalities, where it becomes a challenge for the prescriber to know each of the REMUME.

With regard to medical specialties, the clinics that originated the highest demands for medicines provided by RENAME were Cardiology (24.4%), Rheumatology (20.3%) and Geriatrics (12.0%). The clinics that most originated demands for medicines not disposed in RENAME were Cardiology (26.5%), Rheumatology (18.4%) and Endocrinology (12,2%).

In cardiology, in addition to the blood-related drugs and blood-forming organs previously mentioned, there was also a higher frequency of prescription of drugs related to the cardiovascular system (trimetidine and ivabradine). In rheumatology, therapies for the treatment of skeletal muscle (chondroitin and glucosamine) were found more frequently, and in endocrinology, treatments for metabolism (thiazolidinediones and similar insulins).

Considering the WHO recommendations for the elaboration of the list of essential drugs (those that meet the epidemiological profile of a given population), a study correlated the global burden of diseases in Brazil with the drugs available from RENAME and calculated the Disability Adjusted Life of Years (DALY).), which is the sum of years of life lost due to premature death. The results showed that the RENAME of 2002, 2006 and 2008 obtained a DALY of 91%; 86% in 2010 and 87% in 2012, as some treatments were not fully covered by the drugs on the list, suggesting updating the list of drugs available in the SUS, as well as the inclusion criteria in PCDT, correlating them to the nosological profile of the population. Brazilian³².

Based on the global burden of disease, cardiovascular diseases are the main cause of morbidity and mortality in Brazil and worldwide³³, and, therefore, it is necessary to discuss about blood and cardiovascular system drugs, especially those not available in SUS. However, when analyzing the medicines available at RENAME, it should be considered that the incorporation, exclusion or alteration of health technologies by SUS, as well as the elaboration and updating of PCDT that are performed by CONITEC (National Commission for Incorporation of Technologies in SUS).), with defined criteria and deadlines, based on scientific evidence, economic evaluation and the impact of incorporating technology on public health³⁴.

When discussing medications that could be inserted into RENAME, given the increase observed in its medical prescriptions and considering recently pointed scientific evidence, the influence of the pharmaceutical industry on prescribers should be considered. In Brazil, there are no estimates on investment in pharmaceutical industry relationships to influence prescriptions, public policies and joint actions with the government. In the United States, Public Department records show that among industry spending, pharmaceuticals rank first with public-private partnerships. However, the issue is not on the Brazilian public health

agenda³⁵. On the other hand, lobbying associations or groups that fight for minority interests, with inferiority and superiority tests, and cost-effective economic analyzes, can boost the incorporation of technologies, especially for orphan diseases treated in public health.

Regarding the nature of the demands, 73.9% comprised adjustments to PCDT / RENAME, 13.9% had nonconformities; 6.7% had to make requests with the administrative process for refractory, unresponsive or lack of pharmacotherapy cases available in public health and 5.5% were referred to primary care for prescription / process renewal of the Specialized Care Component. Pharmaceuticals, according to Table 2.

By associating the nature of demand with the resolution of the cases, statistical significance was found ($p = 0.000$). For resolutions of the 735 cases attended, 543 (73.9%) were related to adjustments to PCDT / RENAME, of these 56.4% to adequate documentation and 28.5% required assistance from the clinical pharmacy. In 102 non-compliant cases, 90.2% required intervention with proposed exchange of pharmaceutical technology available in public health. In 49 cases that came with administrative process request, where 81.6% were interventions with proposed exchange with pharmaceutical technology available in public health. For Primary Care there were 41 cases in which 95.1% of them were referred for process renewal, according to Table 3.

When considering the nature of the demands separately, it was found that of the drugs whose demand was related only to the adequacy of RENAME / PCDT, a statistically significant association was found between the classes of drugs and the resolution ($p = 0.009$). The drug classes that had the highest resolution of the clinical pharmacy were those related to the Cardiovascular System (23.2%), Nervous System (21.9%), Blood and Blood Forming Organs (13.5%) and Antineoplastics and Agents. immunomodulators (13.5%), according to Table 4.

The most frequently resolved drug classes for completing documentation were Blood and Blood Forming Organs (20.9%), Cardiovascular System (18.3%), and Nervous System (18.3%), as shown in Table 4. .

Regarding resolution that required exchange, higher frequency was found in the classes of drugs related to the Nervous System (50.0%), Blood and blood forming organs (33.3%) and Antineoplastic and immunomodulatory agents (16, 7%), according to Table 4.

On the other hand, the most frequently resolved drug classes that required process renewal were related to 69.7% of antineoplastic and immunomodulatory agents, as shown in Table 4.

No statistically significant association was found between resoluteness and drug classes considering non-compliant demands ($p = 0.639$) and those originating from Primary Care ($p = 0.822$).

Analyzing the demands met in the pharmaceutical office of this study, it was found that most of them understood the adequacy of the PCDT / RENAME processes. The prescription of drugs not contemplated in RENAME either by indication of real need or by influence of the pharmaceutical industry may lead to lawsuits. Currently, 80% of cases of judicialization in health are related to drugs³⁶. Given this, the judiciary has resorted to the Technical Support Center (NAT)³⁷ in order to assess the need for prescribed technology, as well as to propose alternatives available in public health, promote fair access and minimize the impact on public coffers.

In the study pharmacist's office, there was a significant increase in administrative requests at risk of potential prosecution for refractory, unresponsive, or absent pharmacotherapy for treatment of the disease in public health. However, most cases (81.6 %) it was possible to carry out interventions through the pharmaceutical practice, using scientific technical tools and evidence-based health, with the proposal of exchange with pharmaceutical technology available in public health, in order to mitigate commitment in the transfer by SUS.

It was also found that most of the cases (90.2%) whose origin demand was non-compliance, there was pharmaceutical intervention through the exchange of drugs not available in public health for technologies present in RENAME. Among the demands presented with the need for exchange, Quetiapine prescriptions were observed for the management of Alzheimer's neuropsychiatric symptoms³⁸, not contemplated in PCDT, and only released for cases of schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar affective disorder. Also required were exchanges with the “dual” antidepressants, Serotonin and Noradrenaline Selective Reuptake Inhibitors (Venlafaxine and Duoxetine), orphan class in RENAME 2018¹⁰, replaced by Selective Serotonin Reuptake Inhibitors - SSRIs (Fluoxetine); and for chronic pain, Tramadol was replaced by an equivalent opioid (Codeine).

For cases whose demand was related to the adequacy to the PCDT / RENAME processes, in little more than half, the adequacy to the documentation was performed and others required clinical pharmaceutical assistance, mainly to request exams, as requested in the PCDT.

In this study we found cases of nonconformities, referring to incorrect prescriptions, prescribed by trade name or unavailable presentation. It should be emphasized that the medical prescription must contain parameters listed by the National Patient Safety Protocol³⁷, such as identification of the patient, prescriber, institution and date of prescription, legibility and use of abbreviations, indication, calculation of doses and quantity of drugs, allergies, and the name of the drug should be prescribed using the Brazilian common name, and in its absence, the international common name. This result brings subsidies to discuss the need for greater awareness of prescribers, since the search for correction of prescriptions with incorrect filling generates a rework for the prescriber himself, a work for the pharmacist and implies the non-access to the drug for the prescribers. patient, and this event is preventable.

Finally, from the results of this study, it is possible to observe the importance of the pharmacist's role in resolving the demands arising from the prescriptions of the drugs, both in

the interventions performed and in the adequacy of the processes related to the PCDT. However, it should be recognized that these activities performed by the pharmacist in the pharmaceutical consultation in the public sphere could be expanded to supplementary health, private practice, pharmacies and drugstores, in promoting access to medicines, and pharmacotherapeutic monitoring for better disease control. In addition, the clinical pharmacist may be even more resolute by prescribing pharmacological and non-pharmacological therapies, according to Federal Pharmacy Council Resolution 586⁴⁰, approved in 2013.

The resolution also brings the possibility of the clinical pharmacist to prescribe “medicines whose dispensation requires medical prescription, provided that it is conditional on the existence of prior diagnosis and only when provided for in programs, protocols, guidelines or technical standards approved for use in healthcare institutions. or when formalizing collaboration agreements with other prescribers or health institutions”, as provided in Article 6 of Resolution 586⁴⁰. The logical model of pharmaceutical care can be adapted from the needs and understanding of managers in health services⁴¹.

The pharmacist's role in direct patient care, technically trained, with communication skills and conflict management, contributes to the resolution of untreated health problems by promoting access to medicines and their rational use in accordance with SUS. with the PCDT. Also, the potential to mitigate administrative processes of medicines not available in SUS is identified, as well as to cope with the phenomenon of judicialization of health.

It is recognized as a limitation of this study, not having sought the events of commitment in the transfer of the institution, to understand the cases that were judicialized.

Thanks

To Emílio Carlos Hospital School for providing the data for the execution of this research.

Figure 1. Study sample - inclusion and exclusion criteria

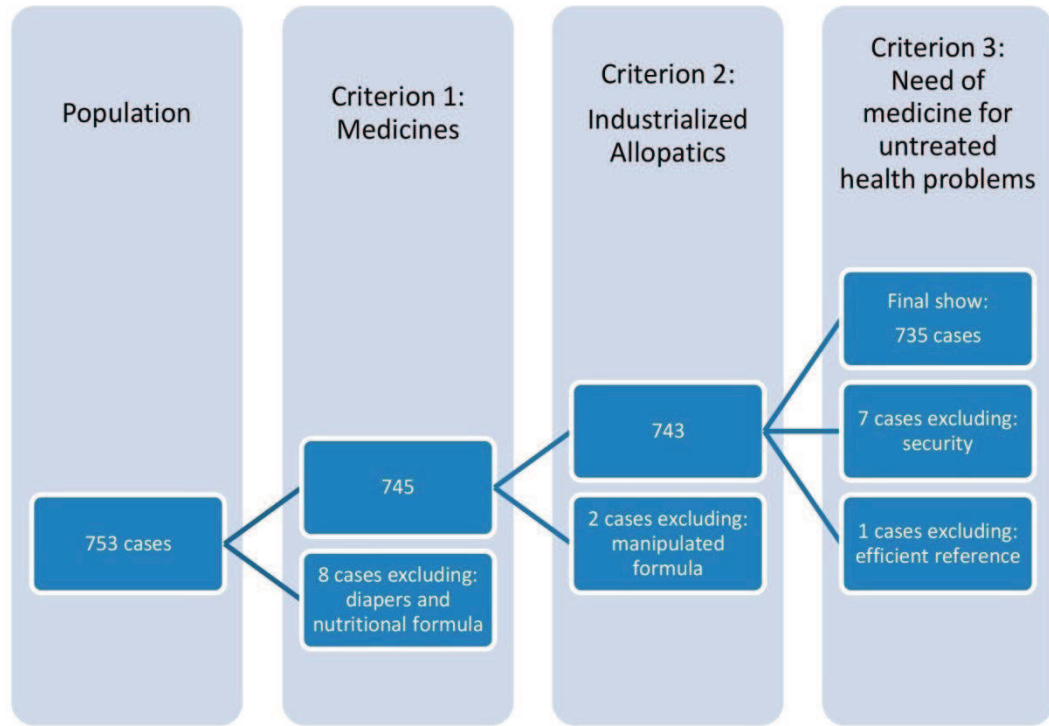


Table 1. Frequency of medications included in RENAME, Not available in RENAME and Others and the types of medications, according to the ATC classification in the outpatient pharmacist office of Emilio Carlos Hospital School, August 2015 to December 2017.

ATC	RENAME N(%)	NON RENAME N(%)	Others N(%)	TOTAL N(%)
A	51 (8,03)	14 (14,29)	0 (0,00)	65 (8,84)
B	110 (17,32)	29 (29,59)	0 (0,00)	139 (18,91)
C	106 (16,69)	9 (9,18)	0 (0,00)	115 (15,65)
D	0 (0,00)	2 (2,04)	0 (0,00)	2 (0,27)
G	12 (1,89)	4 (4,08)	0 (0,00)	16 (2,18)
J	4 (0,63)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (0,54)
L	126 (19,84)	5 (5,10)	2 (100,00)	133 (18,10)
M	17 (2,68)	17 (17,35)	0 (0,00)	34 (4,63)
N	127 (20,00)	16 (16,33)	0 (0,00)	143 (19,46)
P	7 (1,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (0,95)
R	63 (9,92)	2 (2,04)	0 (0,00)	65 (8,84)
S	6 (0,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,82)
V	6 (0,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (0,82)
TOTAL	635 (100,00)	98 (100,00)	2 (100,00)	735 (100,00)

Caption: A - Diet and metabolism; B - Blood and blood forming organs; C - cardiovascular system; D - Dermatologic; G - Genitourinary system and sex hormones; H - Systemic hormone preparations; J - Anti systemic infectious; L - Antineoplastic and immunomodulatory agents; M - Musculoskeletal System; N - Nervous system; P - Antiparasitic, insecticides and repellents; R - Respiratory System; S - sensory organs; V - Several.

Table 2. Frequency of the nature of the demands Ambulatory outpatient pharmacy of Emílio Carlos Hospital School, August 2015 to December 2017

Demand Sources	N (%)
Adequability to PCDT	543 (73,9)
Lake of conformity	102 (13,9)
Administrative Process	49 (6,7)
Basic Attention	41 (5,5)
TOTAL	735 (100,0)

Table 3. Association between the nature of the demands of origin and the resolution in the outpatient pharmacist office of Emilio Carlos Hospital School, August 2015 to December 2017

Demand / Resolution	Adequability to PCDT N(%)	Lake of conformity N(%)	Administrative Process N(%)	Basic Attention N(%)	TOTAL	P
Clinical Pharmacy	155 (28,5)	5 (4,9)	0 (0,0)	1 (2,4)	161 (21,9)	0,000
Interchange	6 (1,1)	92 (90,2)	40 (81,6)	1 (2,4)	139 (18,9)	
Document correction	306 (56,4)	5 (4,9)	9 (18,4)	0 (0,0)	320 (43,5)	
Renew	76 (14,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	39 (95,1)	115 (15,7)	
TOTAL	543 (100,0)	102 (100,0)	49 (100,0)	41 (100,0)	735 (100,0)	

Table 4. Association between the resoluteness and the types of drugs, according to the ATC classification, of the demands that required RENAME / PCDT adequacy, at the Emílio Carlos Hospital School Pharmacy Ambulatory, August 2015 to December 2017

ATC	Clinical Pharmacy N (%)	Document correction N (%)	Interchange N (%)	Renew N (%)	TOTAL N (%)	P
A	15 (9,68)	26 (8,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	41 (7,55)	0,009
B	21 (13,55)	64 (20,92)	2 (33,33)	6 (7,89)	93 (17,13)	
C	36 (23,23)	56 (18,30)	0 (0,00)	2 (2,63)	94 (17,31)	
D	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
G	5 (3,23)	4 (1,31)	0 (0,00)	1 (1,32)	10 (1,84)	
J	3 (1,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (0,55)	
L	21 (13,55)	39 (12,75)	1 (16,67)	53 (69,74)	114 (20,99)	
M	4 (2,58)	9 (2,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	13 (2,39)	
N	34 (21,94)	56 (18,30)	3 (50,00)	4 (5,26)	97 (17,86)	
P	3 (1,94)	3 (0,98)	0 (0,00)	1 (1,32)	7 (1,29)	
R	10 (6,45)	45 (14,71)	0 (0,00)	5 (6,58)	60 (11,05)	
S	0 (0,00)	2 (0,65)	0 (0,00)	4 (5,26)	6 (1,10)	
V	3 (1,94)	2 (0,65)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (0,92)	
TOTAL	155 (100)	306 (100)	6 (100)	76 (100)	543 (100)	

Caption: A - Diet and metabolism; B - Blood and blood forming organs; C - cardiovascular system; D - Dermatologic; G - Genitourinary system and sex hormones; H - Systemic hormone preparations; J - Anti systemic infectious; L - Antineoplastic and immunomodulatory agents; M - Musculoskeletal System; N - Nervous system; P - Antiparasitics, insecticides and repellents; R - Respiratory System; S - sensory organs; V - Several.

REFERENCES

1. World Health Organization. WHO. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2015. [citado 2019 Set 19]. 260 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=BD6349CA36A27A9D4B7B51C20BCC6DFE?sequence=1
2. Marli M. Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,8 anos [Internet]. Brasília: Agência de Notícias do IBGE, 2017. [citado 2018 Nov 19]. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos>
3. Prohaska TR, Anderson LA, Brinstock RH, editors. Public Health for an Aging Society. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2012. 341 p.
4. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil: Demografia e epidemiologia do envelhecimento. *Einstein*. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.
5. Ponce M, Werneck A, Oliveira A, Oliveira S. Reasons related to the delays for the start of hiv / aids treatment. *JNUOL on line* [Internet]. 2019 May 30; [Cited 2019 Sep 21]; 13(5):

1370-1379.

Available

from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238775>

6. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *MayoClin Proc.* 2011;86(4):304-14.

7. McKeown RE. The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. *Am J Lifestyle Med.* 2009;3(1 Suppl):19S-26S.

8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 10 nov 1998; Seção 1:18-22.

9. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União 29 abr 2011. Seção 1:4.

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018 [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018 [citado 2019 Set 19]. 219 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2018/11/RENAME-2018.pdf>

11. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Solicitação de medicamento ou nutrição enteral por paciente (de instituição de saúde pública ou privada) [Internet]. São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, 2018 [citado 2019 Set 19]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/solicitacao-de-medicamento-ou-nutricao-enteral-por-paciente-de-instituicao-de-saude-publica-ou-privada>

12. Biehl J. Patient-Citizen-Consumers: judicialization of health and metamorphosis of biopolitics. *Lua Nova*.2016;(98):77-105.
13. Melo DO, Castro LLC. Pharmacist's contribution to the promotion of access and rational use of essential medicines in SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*.2017;22(1):235-44.
14. Conselho Federal de Farmácia (Brasil). Resolução nº. 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União 25set2013. Seção 1:186.
15. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *RevPan-Amazônica Saúde*.2011;2(3):41-9.
16. Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *MedCare*.2010;48(10):923-33.
17. Hernández DS, Castro MMS, Dáder MJF. Método Dáder: Manual de seguimento farmacoterapêutico. 3 ed. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas, 2014. 128 p.
18. World Health Organization. WHO. Anatomical Therapeutic Chemical - ATC [Internet]. Genebra: World Health Organization, 2001. [citado 2019 Set 19]. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4875e/14.html>
19. Oliveira NA, Bastos Jr M; Caldana ML. O envelhecimento e as políticas de saúde no Brasil. In: Caldana ML, Bastos JRM, organizadores. Saúde do idoso: cuidados multiprofissionais na senilidade e na senescência. Ribeirão Preto: Book Toy; 2015.p. 21-32.
20. Hunt P, Khosla R. The human right to medicine. *SurRevInt Direitos Human*. 2008;5(8):100-21.

21. Tavares NUL, Luiza VL, Oliveira MA, Costa KS, Mengue SS, Arrais PSD, et al. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(Supl. 2):7s.
22. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Mambrini JVM, Peixoto SV, Souza Jr. PRB, Andrade FB, et al. Cost-related underuse of medications in older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Supl. 2):8s.
23. World Health Organization. WHO. Using indicators to measure country pharmaceutical situations. Fact Book on WHO Level I and Level II monitoring indicators [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2006 [citado 2019 Set 19]. 111 p. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/publications/WHOTCM2006.2A.pdf>
24. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Consulta por medicamento [Internet]. São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde, 2019. [citado 2019 Fev 10]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/links-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-medicamento>.
25. Morgado JR. B, Silva EM. Paraplegia induzida por estatina: relato de caso. *Ciênc Pesqu Consciência - Rev Med*. 2015;7(1): 48-52.
26. Storpirtis S, Nicoletti MA, Aguiar PM, Rossi MSPN, Mori ALPM, Lima MGF. A Farmácia Universitária da USP no contexto do SUS: uma contribuição para a educação farmacêutica. *Cons Fed Farm*. 2018;5(5):68-76.

27. Ministério da Educação (Brasil). Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 out 2017. Seção 1:30.
28. Limberger JB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(47):969-75.
29. Araújo DC, Santos JS, Barros IM, Cavaco AM, Mesquita AR, Lyra DP. Communication skills in Brazilian pharmaceutical education: a documentary analysis. *Pharm Pract (Granada)*. 2019;17(1):1395.
30. Lima MG, Álvares J, Guerra AA Junior, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM; et al . Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 2):23s.
31. Morgado-Jr B, Silva EV, Rodrigues BC, Gonsaga RAT. Prescrição Assertiva, Acesso e Adesão Farmacoterapêutica na Saúde Pública: Teste de Progresso [Internet]. São Paulo (SP); Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, 2017. [citado 2019 Set 19]. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/congresso2017/trabalhos/open/id/685>
32. Figueiredo TA, Schramm JMA, Pepe VLE. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. *Cad Saude Pública*. 2014;30(11):2344-56.
33. Organização Pan-Americana da Saúde. OPAS. Doenças cardiovasculares [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde , 2017. [citado 2019 Set 19]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096

34. Ferreira-da-Silva AL,Ribeiro RA,Santos VCC,Elias FTS. Diretriz para análises de impacto orçamentário de tecnologias em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*.2012;28(7):1223-38.
- 35.Paumgartten FJR. Pharmaceutical lobbying in Brazil: a missing topic in the public health research agenda. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:70.
36. Secom TCU. Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde [Internet]. Brasília (DF): TCU, 2017. [citado 2019 Set 19]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>
37. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde: SP cria núcleo técnico até o fim do ano [Internet]. Brasília (DF): Conselho Nacional de Justiça, 2018. [citado 2019 Set 19]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/87113-judicializacao-da-saude-sp-espera-criar-nucleo-tecnico-ate-o-fim-do-ano>
38. Press D,Alexander M. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. In: UpToDate [Internet].Filadélfia, PA: WoltersKluwer Health, 2019.[citado 2019 Set 19].Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia>
39. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos [Internet]. Brasília (DF): Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013. [citado 2018 Jan 10]. 46 p.Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

40. Conselho Federal de Farmácia (Brasil). Resolução nº. 586 de 29 de agosto de 2013. Ementa: Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. Diário Oficial da União 26 set 2013. Seção 1:136.

41. Simone ALM, Lieber NSR, Tanaka OY. Pharmaceutical services as shared responsibility in SUS: a logical framework proposal. *JAFF*. 2018;3(3):6-18.