

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

GUILHERME BARSAGLINI DA SILVA LEITE

**A ATENÇÃO FARMACÊUTICA NAS FARMÁCIAS DE COMUNIDADE COMO
FERRAMENTA DE ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO BRASIL**

SÃO PAULO

2019

GUILHERME BARSAGLINI DA SILVA LEITE

**A ATENÇÃO FARMACÊUTICA NAS FARMÁCIAS DE COMUNIDADE COMO
FERRAMENTA DE ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Campo do conhecimento: Gestão em Saúde

Orientador: Prof.º Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2019

Leite, Guilherme Barsaglini da Silva.

A atenção farmacêutica nas farmácias de comunidade como ferramenta de acesso a atenção primária de saúde no Brasil / Guilherme Barsaglini da Silva Leite. - 2019.

62 f.

Orientador: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviços farmacêuticos. 2. Farmácia. 3. Cuidados Primários de Saúde. 4. Serviços de saúde comunitária - Brasil. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 615.1(81)

GUILHERME BARSAGLINI DA SILVA LEITE

**A ATENÇÃO FARMACÊUTICA NAS FARMÁCIAS DE COMUNIDADE COMO
FERRAMENTA DE ACESSO A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Data de Aprovação

____/____/____

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Maria Malik (Orientador)
FGV-EAESP

Prof.^a Dra. Gabriela Spanghero Lotta
FGV-EAESP

Prof.^a Dra. Márcia Lúcia De Mário
USP-FCF

AGRADECIMENTOS

Aos meus grandes exemplos de vida, meus pais, Arlete e Luiz. Me proporcionaram tudo o que um filho pode precisar, me ensinaram o valor do trabalho, do estudo, e nunca mediram qualquer esforço para me proporcionar sempre a melhor educação.

À Marcela, minha namorada, que pode compartilhar de todo o esforço por trás deste trabalho, sempre compreensiva e me proporcionando seu amor incondicional, suportando e incentivando todos os dias desta jornada.

A Professora Ana Maria Malik, por acreditar que um engenheiro poderia aprender sobre gestão em saúde. Por ser uma orientadora cuidadosa, presente e exigente, acreditando no meu potencial e me desafiando a fazer o meu melhor.

Aos meus colegas de mestrado, a convivência com vocês já deixa saudades. Vocês me engrandeceram como profissional e como pessoa.

Por fim, gostaria de agradecer a todos os meus familiares e amigos, que sem dúvida são fonte de inspiração e energia hoje e sempre.

Quanto mais aumenta nosso conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância.

John F. Kennedy

RESUMO

Ampliar o acesso a cuidados de saúde é um dos grandes temas de discussões no cenário nacional e internacional. As principais soluções propostas dependem da criação de sistemas integrados, com a atenção primária à saúde como grande responsável pelo ordenamento e coordenação do cuidado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o papel fundamental do farmacêutico nos sistemas de atenção à saúde, este deve ter como foco de seu trabalho o cuidado integral da saúde dos pacientes que fazem uso de medicamentos.

Considerando que a grande maioria (55%) dos farmacêuticos trabalham em farmácias de comunidade e a necessidade constante de aprimorar o acesso e a qualidade da atenção primária, este trabalho tem como objetivo geral discutir a situação atual da atenção farmacêutica prestada nas farmácias de comunidade no Brasil, com a intenção de identificar oportunidades para melhorar o acesso à atenção primária em saúde para a população brasileira. Para isso o método escolhido foi a revisão narrativa da literatura, buscando diferentes pontos de vista da produção científica já publicada no campo da atenção farmacêutica em farmácias de comunidade.

Na literatura foi possível verificar como principais barreiras a necessidade de maiores investimentos, a indisponibilidade e falta de especialização de profissionais farmacêuticos e a baixa integração com os outros profissionais de saúde. Também foram identificadas, com base em iniciativas encontradas em diversos países, oportunidades de melhoria que podem tornar a atenção farmacêutica um caminho para aumentar o acesso ao atendimento primário.

Para atingir este objetivo são necessários esforços para superar os problemas identificados e construir um modelo sólido a ser aplicado nacionalmente. Estes serviços precisam ser desenhados de forma colaborativa com outros participantes do sistema, com foco na promoção de saúde da população e na integralidade do cuidado dos pacientes.

Palavras Chave: Assistência Farmacêutica; Farmacêuticos Comunitários; Farmácias Comunitárias; Legislação Farmacêutica; Serviços Comunitários de Farmácia.

ABSTRACT

Improve access to healthcare services has been one of the major topics in overall international discussions. Most solutions presented require the creation of integrated systems, focused in primary care as the accountable part for coordinating overall healthcare services. World Health Organization (WHO) has recognized the pharmacist as a key player in healthcare attention. In order to attend such expectation, he must improve his role, changing from the dispensing process focus to a more integrated patient centered proposal.

With 55% of pharmacists working at community pharmacies and the constant requirement to expand primary care access and quality, this study aim to answer how can pharmaceutical care at community pharmacies be used to improve primary care access to the Brazilian population. To attend the objective the selected methodology was the narrative review, searching for different points of view in the published literature over pharmaceutical services.

The major difficulties found in the literacy to advance this agenda are the required investment, pharmaceutical professional qualification and availability, and the lack of collaboration with other healthcare players. Also, opportunities that could increase primary care access using the pharmaceutical care at the community pharmacies as platform were found, based in several initiatives of different countries.

To enable this opportunity in a broad and sustainable way, several efforts are required to address the key barriers and to build a solid model that could be applied nationally. These services must be design together with all stakeholders, promoting health and integrated care to medicated patients.

Keywords: Pharmaceutical Services; Pharmacists; Pharmacies; Legislation, Pharmacy; Community Pharmacy Services.

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AACP	<i>American Association of Colleges of Pharmacy's</i>
ABRAFARMA	Associação Brasileira de Redes de Farmácia e Drogarias
ACCP	<i>American College of Clinical Pharmacy</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Cbaf	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CFF	Conselho Federal de Farmácia
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
FENAFAR	Federação Nacional dos Farmacêuticos
FenaSaúde	Federação Nacional da Saúde Suplementar
FIP	Federação Internacional Farmacêutica
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PADT	Pontos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
PAS	Pontos de Atenção à Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
Qualifar-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Atenção Farmacêutica
RFM	Rede Farmácia de Minas
SBRAFH	Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SESA/CE	Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USPSTF	<i>US Preventive Services Task Force</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS DO TRABALHO	12
3. METODOLOGIA.....	13
3.1. Método escolhido.....	13
3.2. Parâmetros da pesquisa.....	13
3.3. Definição das bases de pesquisa	14
3.4. Outras fontes auxiliares	14
4. RESULTADOS DA REVISÃO DA LITERATURA.....	15
4.1. Legislação, políticas públicas e referencial teórico.....	15
4.1.1. Legislação brasileira relacionada à assistência farmacêutica.....	15
4.1.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)	16
4.1.3. Políticas públicas de assistência farmacêutica	17
4.1.4. A atenção primária em saúde	18
4.1.5. Farmácias de comunidade.....	19
4.1.6. O profissional farmacêutico.....	20
4.1.7. Assistência farmacêutica.....	21
4.1.8. Atenção farmacêutica	22
4.2. Mapeando a situação atual.....	24
4.2.1. Modelo de assistência farmacêutica	24
4.2.2. Qualidade da assistência farmacêutica nacional	25
4.2.3. Atenção farmacêutica nas farmácias de comunidade do Brasil.....	28
4.3. Principais problemas e soluções identificados na literatura.....	30
4.3.1. Credibilidade dos serviços de atenção farmacêutica	30
4.3.2. Dificuldades na implementação dos serviços farmacêuticos	31
4.3.3. Infraestrutura e gestão do tempo	32
4.3.4. Preparação do Farmacêutico para o exercício de atividades clínicas... 33	

4.4.	Outros modelos e iniciativas encontradas	34
4.4.1.	Estados Unidos – Serviços farmacêuticos inovadores.....	35
4.4.2.	Holanda – Consenso entre diferentes partes do sistema de saúde	37
4.4.3.	Austrália – Modelos para implementação dos serviços farmacêuticos .	39
4.4.4.	Canadá e Portugal – Fidelização e aderência ao tratamento.....	39
4.4.5.	Brasil – Iniciativas locais	41
5.	DISCUSSÃO	43
6.	CONCLUSÕES	46
7.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS	48
8.	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICE A – Parâmetros de pesquisa	55
	APÊNDICE B – Artigos encontrados por plataforma de pesquisa.....	56
	APÊNDICE C – Base de estudo (66 artigos).....	57

1. INTRODUÇÃO

Não é de hoje que o acesso a cuidados de saúde é considerado um dos grandes temas de discussões no cenário nacional e internacional (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016). De forma geral, as soluções para atender essa necessidade passam por investimentos e por criação de sistemas integrados, favorecendo o acesso com continuidade assistencial, utilização racional de recursos e integralidade da atenção. O funcionamento de um sistema integrado de saúde depende do trabalho da atenção primária como principal porta de entrada do sistema (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A atenção primária a saúde é onde majoritariamente deveria acontecer o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde. Deve apresentar capacidade de atendimento ambulatorial para resolução de grande parte dos problemas de saúde e ser responsável pelo ordenamento e coordenação do cuidado, mantendo sempre o foco no paciente e em sua jornada dentro do sistema de saúde (LAVRAS, 2011).

Desde 1993, quando houve o reconhecimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o papel fundamental do farmacêutico nos sistemas de atenção à saúde, diversas iniciativas buscam encontrar melhores maneiras de integrar este profissional aos sistemas de saúde. No Brasil, temos como exemplo mais recente a Lei nº 13.021/2014, que reconhece a farmácia como unidade de prestação de assistência à saúde, e elencou diversas obrigações do farmacêutico no processo de cuidado. Segundo a Federação Internacional Farmacêutica (FIP), 55% dos farmacêuticos do mundo trabalham em farmácias de comunidade (BATES et al., 2016). Este termo é utilizado para referenciar farmácias das unidades básicas de atendimento à população no SUS, em nosso trabalho utilizaremos o entendimento mais abrangente do termo, englobando todas as farmácias de atendimento à população independente se públicas ou privadas. No Brasil, os farmacêuticos de comunidade estão presentes nas grandes drogarias, em unidades de dispensação de medicamentos dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou até nas farmácias independentes, normalmente de propriedade do próprio farmacêutico. São nestes pontos de atendimento que a batalha em oferecer melhores serviços de saúde precisa, inevitavelmente, ser travada. Para isso o modelo de trabalho precisa evoluir do atual enfoque da dispensação e comercialização dos medicamentos na direção

das concepções mais modernas, onde o foco central está no cuidado integral da saúde dos pacientes que fazem uso de medicamentos. (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

A assistência farmacêutica deve abranger múltiplas ações para promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e de uma população, visando o acesso e uso racional de medicamentos (COSTA et al., 2017a). Dentro das especialidades que compõem a assistência farmacêutica, a atenção farmacêutica é a que busca maior interação com o paciente. Segundo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), a atenção farmacêutica é uma prática dentro da assistência farmacêutica que inclui a interação direta com o usuário e tem o objetivo de prover uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados clínicos definidos e mensuráveis importantes para a integralidade das ações de saúde (Araújo P. S. et al., 2017). Segundo dados de 2018 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) existem mais de 220 mil farmacêuticos registrados nos conselhos regionais no Brasil e quase 100 mil farmácias de comunidade, presentes em todos os estados da federação (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2018).

Com base na necessidade constante de aprimorar o acesso e a qualidade da atenção primária no Brasil, a atuação do farmacêutico como profissional de saúde, a definição da farmácia de comunidade como unidade de saúde e sua grande disponibilidade a nível nacional, este trabalho busca responder a questão de pesquisa: “Como a atenção farmacêutica prestada em farmácias de comunidade do Brasil pode ser utilizada para aumentar o acesso ao atendimento primário em saúde da população brasileira?”

Ao revisar a literatura buscando caracterizar a atual situação da atenção farmacêutica prestada em farmácias de comunidade foram identificadas oportunidades de melhoria que podem tornar a atenção farmacêutica um caminho para aumentar o acesso ao atendimento primário. Foram avaliadas possíveis medidas para corrigir atuais problemas e implementação de novas iniciativas, além do entendimento da legislação e políticas públicas vigentes.

2. OBJETIVOS DO TRABALHO

O objetivo geral do trabalho é discutir a situação atual da atenção farmacêutica prestada nas farmácias de comunidade no Brasil, com a intenção de identificar oportunidades para melhorar o acesso à atenção primária em saúde para a população.

Buscando atender o objetivo proposto, foram trabalhados quatro objetivos específicos:

1. Mostrar o desenvolvimento da legislação e políticas públicas sobre a atenção farmacêutica em farmácias de comunidade no Brasil;
2. Caracterizar o modelo de atenção farmacêutica aplicado atualmente nas farmácias de comunidade no Brasil;
3. Buscar modelos ou iniciativas de atenção farmacêutica que poderiam ampliar o acesso a atenção primária para a população brasileira;
4. Discutir os possíveis caminhos e dificuldades para implementação de novos modelos ou iniciativas para ampliar o acesso a atenção primária nas farmácias de comunidade brasileiras.

Não é objetivo deste trabalho fazer avaliações de ganhos e perdas, sejam financeiros ou em condições de saúde da população, nem determinar um modelo ou solução para resolver todos os problemas de acesso a atenção primária para a população brasileira.

3. METODOLOGIA

3.1. Método escolhido

O método escolhido para o estudo foi a revisão narrativa da literatura, buscando atender os objetivos do trabalho ao confrontar diferentes pontos de vista da produção científica já publicada (PARÉ et al., 2015). A pesquisa foi realizada no campo da atenção farmacêutica em farmácias de comunidade. Buscou encontrar diferentes pontos de vista sobre o modelo existente no Brasil e traçar comparações com modelos e iniciativas internacionais. A revisão utilizou bases, palavras chave e demais parâmetros de pesquisa restritos para facilitar a reprodutibilidade da pesquisa e da obtenção dos resultados.

3.2. Parâmetros da pesquisa

A pesquisa contemplou artigos científicos publicados entre janeiro de 2014 (ano do marco regulatório da Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014) e abril de 2018, quando foi iniciado o processo de levantamento bibliográfico e elaboração do trabalho em questão. As plataformas selecionadas para pesquisa foram: *Cochrane Library*, *Proquest*, *Pubmed*, *Scielo* e *Web of Science*. Foram privilegiadas as bases com enfoque em saúde, uma vez que o interesse do estudo é entender a atenção farmacêutica no contexto da atenção primária em saúde. Fatores econômicos, tais como iniciativas para aumento de receita e rentabilidade em farmácias ou redução de custos para a atenção primária, apesar de relevantes, não são diretamente escopo deste estudo.

Como estratégia de busca foram utilizadas as seguintes palavras chave: Assistência Farmacêutica (*Pharmaceutical Services*); Farmacêuticos Comunitários (*Pharmacists*); Farmácias Comunitárias (*Pharmacies*) e Serviços Comunitários de Farmácia (*Community Pharmacy Services*). Sobre os resultados da pesquisa foram aplicados filtros com vistas a selecionar apenas artigos científicos revisados por pares (*peer review*) com texto completo disponível em português, inglês ou espanhol, publicados no intervalo de janeiro de 2014 a abril de 2018. O detalhamento completo dos parâmetros utilizados em cada plataforma de pesquisa está disponível no Apêndice A.

As publicações encontradas foram incluídas em um *software* para gestão de documentos de pesquisa (Mendeley) para remoção de duplicados e categorização. A

leitura inicial do título da publicação foi o primeiro fator de corte para remoção de artigos não relacionados com o tema deste trabalho. Das publicações restantes foi feita a leitura do *Abstract* e, a seguir, elas foram classificadas em dois grupos: a **base de estudo**, diretamente relacionadas ao tema do trabalho, e a **base de consulta**, artigos que apesar de não serem parte especificamente do tema central, podem servir para exemplificar ou adicionar maior detalhamento a alguns dos temas discutidos.

3.3. Definição das bases de pesquisa

Foram encontrados 3.610 artigos científicos que atenderam os parâmetros de pesquisa. Destes foram removidos 684 resultados repetidos entre as diferentes plataformas, restando 2.926 resultados únicos. Após a avaliação inicial foram removidos 2.442 artigos não relacionados ao escopo deste trabalho, formando uma base de pesquisa para o trabalho de 484 artigos.

Durante a leitura do *Abstract* dos artigos selecionados como parte da base de pesquisa para o trabalho foram identificados 66 artigos que apresentavam relação direta com o tema central da pesquisa, sendo classificados como base de estudo e 418 artigos como base de consulta, utilizados para aprofundamento ou exemplificação. Os 66 artigos classificados como base primária de consulta foram lidos integralmente, independentemente de serem ou não citados ao longo desta dissertação. O detalhamento dos resultados encontrados por plataforma está disponível no Apêndice B e a lista com a referência dos 66 artigos identificados como base de estudo está disponível no Apêndice C.

3.4. Outras fontes auxiliares

Também foram objeto de estudo a legislação brasileira, as políticas públicas referentes ao tema, as publicações da Federação Farmacêutica Internacional (FIP), publicações do programa Assistência Farmacêutica Avançada da Associação Brasileira de Redes de Farmácia e Drogarias (ABRAFARMA), notícias e publicações em outras federações, referências ao desenho institucional de empresas privadas, além de outros artigos e publicações incluídos por indicação de profissionais da área ou para auxiliar no referencial teórico. Várias destas fontes não são literatura científica, portanto não foram utilizadas como base fundamental para o trabalho, mas auxiliam a contextualização ou exemplificam alguns dos temas abordados.

4. RESULTADOS DA REVISÃO DA LITERATURA

Ao revisar os 66 artigos determinados como base de estudo, conseguimos organizar os temas apresentados em quatro grandes categorias:

- Revisões sobre os conceitos de assistência e atenção farmacêutica, bem como a evolução da legislação e das políticas públicas relacionadas.
- Estudos buscando diagnosticar no universo das farmácias de comunidade a situação atual da assistência e mais especificamente da atenção farmacêutica.
- Publicações sobre problemas específicos encontrados na atividade farmacêutica e possíveis soluções.
- Iniciativas e diferentes modelos aplicados de atenção farmacêutica e os resultados obtidos.

Para abordar as quatro categorias, primeiro foi preciso criar um referencial teórico, baseado nos artigos da base de estudo e em outras fontes auxiliares para dar o contexto do tema estudado. No segundo tópico vamos endereçar o mapeamento da situação atual da atenção farmacêutica em farmácias de comunidade brasileiras de acordo com a literatura pesquisada. Em seguida vamos abordar os principais problemas e as soluções apontadas na atenção farmacêutica e, por último, vamos ver modelos e iniciativas que podem indicar novos caminhos para os serviços nas farmácias de comunidade.

4.1. Legislação, políticas públicas e referencial teórico

4.1.1. Legislação brasileira relacionada à assistência farmacêutica

A definição da profissão farmacêutica aparece pela primeira vez no Decreto nº 20.377, de 08 de setembro de 1931, assinado por Getúlio Vargas como Chefe do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil e por Belisário Penna, então ministro de Estado da Educação e Saúde Pública, regulamentando a profissão farmacêutica no Brasil. Com a Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960 foram criados os Conselhos Regionais de Farmácia e o Conselho Federal de Farmácia, passo importante para que, com a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, fosse criada a primeira legislação concreta sobre o comércio farmacêutico. Em seguida, com o Decreto nº 85.878, de 07 de abril de 1981, foram atualizadas as atribuições dos profissionais farmacêuticos.

Mais recentemente, em 2013, o Conselho Federal de Farmácia, por meio da Resolução CFF nº 585/2013, dispõe sobre quais são as diferentes especialidades farmacêuticas, regulamentando e classificando-as de acordo com sua linha de atuação. Isto se tornou ainda mais importante com a Lei nº 13.021 de 08 de agosto de 2014, que reconhece a farmácia como unidade de prestação de assistência à saúde, ampliando a oferta de serviços prestados por farmácias e incluindo na legislação o conceito de assistência farmacêutica.

4.1.2. O Sistema Único de Saúde (SUS)

Parte integrante da Constituição Federal de 1988, como o instrumento para que o Estado possa garantir saúde à toda população brasileira, temos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi mais à frente detalhado nas Leis Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e N 8.142 de 28 de dezembro também de 1990. Hoje o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo, calcado nos princípios da universalização, equidade e integralidade (PAIM et al., 2011). Ele busca proporcionar acesso universal e gratuito a saúde para toda a população brasileira. Estão dentro do SUS os serviços de atenção básica, média e alta complexidade, assim como os serviços de urgência, emergência, atenção hospitalar, ações e serviços de vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e a assistência farmacêutica. Desde a sua criação, o SUS busca organizar uma rede de atenção à saúde, onde município, estados e governo federal trabalhem de maneira solidária para o atendimento da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Desde sua implementação, o SUS atingiu importantes resultados na ampliação do acesso aos cuidados de saúde e nos indicadores de saúde da população, podendo ser considerado um exemplo bem-sucedido de reforma no sistema de saúde na América Latina. Apesar dos avanços, o SUS não conseguiu endereçar todos os problemas estruturais, em especial o nível de financiamento e a equidade na distribuição dos recursos são importantes desafios que se agravaram nos últimos anos com as crises econômicas e políticas (MASSUDA et al., 2018).

A assistência farmacêutica é parte integrante do SUS e é estruturada por meio da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A organização destes esforços é hoje responsabilidade do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), parte

integrante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

4.1.3. Políticas públicas de assistência farmacêutica

A partir da criação do SUS ocorreu, por meio da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, o primeiro marco para a efetivação da Assistência Farmacêutica como política pública, por meio da promulgação da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Como parte integrante da Política Nacional de Saúde, a PNM tem como visão a promoção do uso racional e do acesso aos medicamentos, bem como a garantia de sua segurança, eficácia e qualidade (VASCONCELOS et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Como importantes instrumentos da PNM foram criadas a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Junto aos dois instrumentos, a PNM delimitou dois componentes para a assistência farmacêutica, “a gestão técnica da assistência farmacêutica” e “a gestão clínica do medicamento” (OLIVEIRA et al., 2014).

A gestão técnica possui enfoque na qualidade, no acesso e no uso racional dos medicamentos, buscando garantir a produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos. A gestão clínica por sua vez, está associada a atenção à saúde, buscando garantir que o medicamento esteja disponível no momento certo, em perfeitas condições de uso e que seja fornecido com todas as informações e orientações necessárias para que os resultados terapêuticos sejam efetivamente alcançados (OLIVEIRA et al., 2014).

A Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004 cria a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) como parte integrante da PNM, definindo a assistência farmacêutica como um conjunto de ações as quais possuem o medicamento como seu principal insumo, destinadas a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Com a PNAF é a primeira vez que temos dentro de uma política nacional a definição explícita sobre atenção farmacêutica. (ARAÚJO et al., 2017a).

Regulamentado pela portaria GM/MS nº 1.214, de 13 de junho de 2012, o Programa Nacional de Qualificação da Atenção Farmacêutica (Qualifar-SUS) surge da necessidade de qualificar a assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. O programa está estruturado em quatro eixos: Estrutura;

Educação; Informação e; Cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Sua função é promover a agenda do uso racional de medicamentos, pensando na integralidade do cuidado, disponibilizando recursos para a estruturação dos serviços de assistência farmacêutica (LEITE et al., 2017a; VASCONCELOS et al., 2017).

4.1.4. A atenção primária em saúde

Podemos definir a atenção primária a saúde como o primeiro contato do cidadão com uma assistência continuada centrada na pessoa, buscando satisfazer suas necessidades de saúde ou referenciá-lo para atuação mais especializada, porém mantendo a coordenação dos cuidados realizados em outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a atenção básica no contexto do SUS é explicitada na Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta política define a atenção básica como a porta de entrada para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tem como prioritária a Estratégia Saúde da Família (ESF). A PNAB ainda reforça o papel das Unidades Básicas de Saúde (UBS), recomendando parâmetros para seu funcionamento como requisitos mínimos de infraestrutura e número de habitantes ao qual deve ser destinada cada UBS, bem como as reponsabilidades de cada uma das esferas do governo sobre a atenção básica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE BÁSICA, 2012).

A equipe de atenção básica é a responsável por atuar nas Unidades Básicas de Saúde, e segundo a PNAB a equipe é formada pelo enfermeiro, o auxiliar e o técnico de enfermagem, o médico, o agente comunitário de saúde, o cirurgião-dentista, o técnico em saúde bucal e o auxiliar em saúde bucal. Esta equipe é responsável por implementar a Estratégia Saúde da Família (ESF), com delimitações da população que deve ser atendida por cada um dos profissionais, por cada equipe e por cada UBS (ANDRADE et al., 2018). A ESF busca a atenção contínua a uma população definida e tem o compromisso de proporcionar a integralidade do cuidado, por meio das equipes de atenção básica e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (NAKAMURA; LEITE, 2016).

Como podemos notar, não estão estipuladas pela PNAB a presença nem a responsabilidade do farmacêutico na equipe de atenção básica. O mesmo aparece como uma das ocupações possíveis para os Núcleos de Atenção à Saúde de Família

(NASF), como apoio as equipes de atenção básica, e ainda assim os farmacêuticos estão presentes em menos de 40% deles (NAKAMURA; LEITE, 2016). Em relação à assistência farmacêutica na atenção primária prestada pelo SUS, além da participação na equipe do NASF, podemos destacar o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf), e o Programa Farmácia Popular do Brasil como os principais vetores de acesso a medicamentos para a população. Em relação ao componente clínico da assistência farmacêutica, temos destaque para o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (Qualifar-SUS) (COSTA et al., 2017b).

Entre os diversos desafios encontrados para avançar na atenção básica de saúde no SUS podemos destacar a fragmentação dos serviços, o padrão cultural vigente, que acaba por sobrecarregar o atendimento emergencial ao invés de utilizar a rede de atenção básica, e o financiamento, ainda mais após a aprovação da limitação de gastos em saúde durante o período de governo do Presidente Michel Temer (LAVRAS, 2011; CECILIO; REIS, 2018).

A atenção primária a saúde não é prioridade somente para o setor público, o tema foi pauta central de um encontro realizado pela Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde). A entidade aponta como fundamental o trabalho de atenção primária para a sustentabilidade das operadoras e melhor atendimento aos usuários (FENASAÚDE, 2019). A Amil, uma das empresas associadas a FenaSaúde, coloca como parte da sua estratégia institucional o trabalho de atenção primária, com unidades específicas para este atendimento, trabalhos focados com médicos de família e outros programas de promoção a saúde (AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, 2019).

4.1.5. Farmácias de comunidade

As farmácias comunitárias ou farmácias de comunidade são os estabelecimentos farmacêuticos que atendem diretamente à população, sejam elas drogarias ou farmácias (com ou sem manipulação), públicas ou privadas. Este termo é também utilizado se referenciando as farmácias públicas que estão dentro de pontos de atenção à saúde, como complexos hospitalares e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para o nosso trabalho será utilizada a definição mais abrangente para o termo, incluindo todas as farmácias de atendimento direto a população, sejam públicas ou

privadas. Não são consideradas farmácias de comunidade as farmácias com dispensação interna para pacientes de clínicas e hospitais (CORRER; OTUKI, 2013).

O presente trabalho busca entender a atuação do farmacêutico de comunidade no cuidado de saúde do paciente, portanto será discutido de forma indistinta a atuação do mesmo no atendimento público ou no atendimento privado, mesmo sendo claro que existem e continuarão existindo diferenças importantes no ambiente ao qual o profissional está inserido que podem levar a distintos problemas e conseqüentemente adequações distintas a cada realidade.

Segundo o Conselho Federal de Farmácia (CFF), em 2018 foram registradas 11.251 farmácias públicas e 87.794 privadas (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2019). A Lei nº 13.021 de 08 de agosto de 2014 passou a reconhecer de forma explícita a farmácia como unidade de prestação de assistência à saúde, ampliando a quantidade de serviços que podem ser ofertados pelas farmácias para a população em geral. Anteriormente, a esta Lei, já eram permitidas a atenção farmacêutica e a perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos. A partir dela, foi incluída a opção de trabalhar com disponibilidade imediata de vacinas e soros conforme o perfil epidemiológico da região. Esta mesma lei confirmou a obrigatoriedade da presença de um farmacêutico durante todo o horário de funcionamento da farmácia, independentemente de seu porte, tema que já é discutido desde a Lei nº 3.820/60 e a Lei nº 5.911/73, mas que anteriormente deixavam dúvidas em relação à necessidade do cadastramento de um responsável técnico farmacêutico ou à presença do mesmo durante todo o período de funcionamento.

4.1.6. O profissional farmacêutico

Ao longo dos anos a profissão farmacêutica passou por diversas mudanças. Teve sua origem focada na ciência e na produção artesanal de medicamentos, passou por um modelo comercial focado na dispensação e comercialização dos medicamentos produzidos industrialmente e chegou até as concepções mais modernas, onde o foco central muda do medicamento para o cuidado integral de saúde dos pacientes que fazem uso desse produto (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Segundo a OMS (Declaração de Tóquio - 1993) o farmacêutico é um prestador de serviços de saúde que pode participar ativamente na promoção da saúde junto com outros membros da equipe de atenção à saúde. Um levantamento mundial da Federação Internacional Farmacêutica (FIP) encontrou que 55% dos profissionais

farmacêuticos atuam em farmácias de comunidade, ou seja em atendimento direto a pacientes, 18% em hospitais, 10% na indústria, 5% em pesquisa e instituições de ensino e 5% em agências regulatórias (BATES et al., 2016).

No Brasil, o Conselho Federal de Farmácia em sua resolução nº572, de 25 de abril de 2013, delimitou 131 especialidades farmacêuticas, agrupadas em 10 linhas de atuação: Alimentos; Análises clínico-laboratoriais; Educação; Farmácia; Farmácia hospitalar e clínica; Farmácia industrial; Gestão; Práticas integrativas e complementares; Saúde pública e Toxicologia. Farmácia de comunidade é uma das especialidades dentro da linha de atuação denominada Farmácia. Segundo reporte do Conselho Federal de Farmácia (CFF), temos 27% dos farmacêuticos trabalhando em redes de farmácias privadas, 25,2% trabalhando em farmácias independentes, 6% em farmácias magistrais e 10,9% em farmácias públicas, totalizando 69,1% dos farmacêuticos trabalhando em farmácias de comunidade no Brasil, acompanhando os dados dos estudos de Bates e de Serafin (SERAFIN; CORREIA JÚNIOR; VARGAS, 2015; BATES et al., 2016). Em relação à formação, mais da metade dos farmacêuticos (55,1%) possuem pós-graduação, sendo 80,8% das vezes cursos de especialização, 14,6% mestrado e 4,6% doutorado. Também temos mais da metade que relatam participar de congressos, 58,6% participam ao menos uma vez por ano (SERAFIN; CORREIA JÚNIOR; VARGAS, 2015).

4.1.7. Assistência farmacêutica

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações para recuperação, proteção e promoção à saúde, seja individual ou coletiva, com base no medicamento e seu uso racional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Uma publicação de 2017 organiza, dentro do contexto das farmácias comunitárias no SUS, a assistência em quatro serviços farmacêuticos (ARAÚJO et al., 2017b):

- **Gerenciamento de medicamentos:** Os serviços de gerenciamento são voltados à parte logística da disponibilização dos medicamentos, incluindo a seleção, programação, aquisição, armazenagem e distribuição dos medicamentos.
- **Dispensação de medicamentos:** A dispensação do medicamento consta da entrega do medicamento ao paciente, sempre aliada à orientação terapêutica.

- **Farmacovigilância:** A farmacovigilância busca garantir o correto tratamento e seguimento relacionado as notificações de reações adversas a medicamentos.
- **Atenção farmacêutica:** Os serviços de atenção farmacêutica possuem como foco central o paciente e o acompanhamento da sua farmacoterapia. De forma geral eles podem ser divididos em seguimento farmacoterapêutico, conciliação terapêutica, revisão da farmacoterapia, e serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A assistência farmacêutica é parte de políticas públicas desde a criação do SUS, e ainda assim não temos um consenso sobre o que à conforma (COSTA et al., 2017a). Mesmo sem uma definição única, é possível identificar que hoje o foco da assistência farmacêutica é quase exclusivo no gerenciamento de medicamentos e que um caminho diferente vem sendo trilhado para mudar essa realidade, colocando o paciente usuário do medicamento no centro da atenção, e não mais o produto (OLIVEIRA et al., 2014).

4.1.8. Atenção farmacêutica

Segundo o *American College of Clinical Pharmacy* (ACCP), a prática da atenção farmacêutica é caracterizada como a combinação da orientação para o cuidado, de conhecimentos de terapêutica, de experiência e de juízo clínico, buscando garantir melhores resultados para o paciente. Isso deve ser realizado por meio de diretrizes baseadas em evidências, conhecimento de ciências e tecnologias além de princípios legais, éticos, sociais, culturais, econômicos e profissionais (“The Definition of Clinical Pharmacy”, 2008). Em 1990 tivemos uma publicação defendendo a adoção de um enfoque centrado no paciente, esta ficou conhecida como marco para a atenção farmacêutica e o desenvolvimento de uma relação na qual o paciente e o profissional trabalhem juntos para resolver os problemas relacionados aos medicamentos (HEPLER; STRAND, 1990). Um pouco mais à frente, em 1992, tivemos o *Minnesota Pharmaceutical Care Project*, onde foram discutidas as responsabilidades do farmacêutico, em especial o conceito de atenção farmacêutica, nas farmácias de comunidade (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Quando falamos do Brasil temos, em 2002, um trabalho realizado em conjunto pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), pela Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (ANVISA), pela Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), pelo Ministério da Saúde (MS), pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA/CE) e pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar (SBRAFH) com a colaboração da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) propondo um consenso brasileiro de atenção farmacêutica:

“É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002, p16-17).

A proposta não chegou a ser aplicada, tanto que dois anos depois (2004) temos uma nova definição de atenção farmacêutica inclusa na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), apresentando a atenção farmacêutica como um modelo de prática realizada pelo farmacêutico, que inclui sua interação direta com o usuário, com o objetivo de prover uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados clínicos definidos e mensuráveis, além de compreender essa prática como importante para a integralidade das ações de saúde (ARAÚJO et al., 2017a).

Uma definição tão abrangente como a apresentada na PNAF, podendo incluir dispensação, orientação e educação em saúde, acaba por dificultar uma melhor caracterização e entendimento do que é específico das atividades clínicas da atenção farmacêutica (ARAÚJO et al., 2017a). De forma mais pragmática e voltada para as farmácias de comunidade, foi utilizada em um estudo mais recente uma definição mais simples, dividindo a atenção farmacêutica em quatro serviços (ARAÚJO et al., 2017b):

- Seguimento farmacoterapêutico.
- Conciliação terapêutica.
- Revisão da farmacoterapia.
- Serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Essa classificação torna mais fácil investigar quais destes elementos estão sendo realizados, sem ter intercessão com a dispensação de medicamentos.

4.2. Mapeando a situação atual

Para contextualizar a discussão, precisamos entender o atual modelo de assistência farmacêutica praticado no Brasil, uma vez que as atividades de atenção farmacêutica estão contidas dentro deste universo. Em seguida vamos ver o que encontramos na literatura sobre a qualidade da assistência farmacêutica prestada nas farmácias de comunidade brasileiras, o que é de grande valor para encontrar oportunidade de melhoria. Por fim, terminamos nosso mapeamento agrupando os principais pontos encontrados nas publicações específicas sobre a atual situação da atenção farmacêutica nas farmácias de comunidade do Brasil.

4.2.1. Modelo de assistência farmacêutica

O investimento público destinado à assistência farmacêutica no Brasil, que era cerca de R\$ 2 bilhões em 2003, atingiu o valor de R\$ 15 bilhões em 2015. No entanto, ampliar o investimento não é suficiente para garantir o acesso e uso racional dos medicamentos pela população, é necessário garantir que este esforço se transforme em impacto efetivo na saúde. Para isso, os profissionais de saúde, neste caso particular os farmacêuticos, precisam avançar na qualificação do cuidado ofertado aos pacientes (COSTA et al., 2017b). Estudos realizados desde 2010 já apontavam a necessidade de elaborar um consenso brasileiro sobre o papel do farmacêutico na atenção básica à saúde, além da necessidade de reorganizar os processos para incorporar o farmacêutico e a farmácia de comunidade no sistema, para que estes possam gerar mais benefícios aos usuários de medicamentos (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Entre os artigos selecionados como base de estudo, uma publicação de 2014 chamou bastante a atenção por ter feito uma revisão integrativa da literatura de 2006 a 2013 sobre a gestão da assistência farmacêutica do Brasil. Nesta revisão, o autor destaca que o fator em comum encontrado em todos os trabalhos foi o entendimento da assistência farmacêutica como apenas um setor de fornecimento de medicamentos para a população, com foco no produto e não no usuário da medicação (OLIVEIRA et al., 2014). Uma avaliação feita em 2015 sobre a organização dos serviços farmacêuticos das redes de atenção à saúde do SUS, mais especificamente nos Pontos de Atenção à Saúde (PAS) e Pontos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (PADT), mostra que em todas as regiões do país os serviços de clínica farmacêutica não eram realizados de forma consistente e deixa clara a valorização quase exclusiva

dos componentes logísticos do serviço farmacêutico na rede pública (ARAÚJO et al., 2017b).

Parte do motivo pelo qual os serviços de clínica farmacêutica não são realizados de forma consistente pode ser explicada pela falta de entendimento sobre o que são esses serviços pelos próprios responsáveis em promovê-los. Este foi o foco de uma publicação feita em 2017: medir o entendimento sobre o que estaria contemplado dentro do conceito de assistência farmacêutica pelos profissionais responsáveis ou diretamente relacionados ao tema em diversos municípios das diferentes regiões do Brasil. Ficou evidenciada uma grande diversidade de concepções, mas que de forma geral mantem como enfoque prevalente o processo logístico de disponibilização de medicamentos, e pouco se inclui sobre a abordagem orientada ao usuário do serviço de saúde (COSTA et al., 2017a). Uma grande diversidade de concepções não poderia levar a outro resultado que não um processo heterogêneo de evolução da assistência farmacêutica entre os diferentes municípios e regiões brasileiras. Cada região e cada município seguiu uma priorização diferente das distintas frentes de trabalho para aprimorar estes serviços (SOUZA et al., 2017).

Com base nos pontos de vista levantados pelos seis trabalhos citados acima, podemos concluir que o modelo de assistência farmacêutica descrito nas políticas públicas não é o aplicado. Hoje temos pouca prática dos serviços de natureza clínica, mostrando uma realidade onde o foco é quase que exclusivo nos componentes logísticos da dispensação de medicamentos. Para mudar este panorama, é importante trabalhar no consenso nacional de assistência farmacêutica e promover o conhecimento sobre a atividade farmacêutica para os responsáveis das redes de atenção à saúde e para os demais profissionais de saúde.

4.2.2. Qualidade da assistência farmacêutica nacional

Com a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) (GADELHA et al., 2016), foram obtidos importantes dados sobre a assistência farmacêutica no país. Um dos estudos relacionados à pesquisa avaliou a nível nacional, a percepção dos gestores de farmácias de comunidade no SUS sobre a qualidade dos serviços prestados em suas unidades. Nas entrevistas, 58,8% dos gestores consideram o serviço prestado em suas unidades como bom ou ótimo (LUZ et al., 2017). O dado apresentado por Luz pode ser influenciado pela variedade de entendimentos sobre o que conforma os

serviços de assistência farmacêutica, como relatado por Akerman (AKERMAN; FREITAS, 2017). Quando falamos de satisfação do usuário tivemos um índice de satisfação bem alinhado com o encontrado na pesquisa com os gestores, onde 58,4% dos entrevistados responderam estar satisfeitos com os serviços prestados. A principal oportunidade de melhoria citada pelos usuários foi em relação à conveniência (49,5%), como ampliação dos horários de funcionamento e redução do tempo de espera (SOEIRO et al., 2017). Outro estudo, realizado no município de Divinópolis em Minas Gerais, aponta índices próximos na satisfação dos usuários e, como principais oportunidades de melhoria, a conveniência (tempos de espera e horários de funcionamento) e o conforto nas áreas de espera (ar condicionado, banheiros, melhores assentos). No entanto, os farmacêuticos questionados nestes estudos apontam temas técnicos, em especial a condição de armazenamento dos medicamentos como o principal fator a ser melhorado, o que é condizente com a diferença de conhecimento e portanto melhor entendimento dos possíveis impactos para a farmacoterapia pelos farmacêuticos, em relação aos usuários dos serviços de atenção básica de saúde (LUZ et al., 2017).

Os dados de satisfação e de oportunidades de melhoria apresentados por gestores, farmacêuticos e usuários nos dois estudos citados acima não refletem os problemas identificados em outros estudos. Um deles evidencia, a nível nacional, um número muito baixo de unidades de atendimento público realizando serviços clínicos junto com a dispensação, somente 18,1% (LEITE et al., 2017b). Em outro estudo conduzido no município de Romelândia, Santa Catarina, foi relatado que mais de 90% dos pacientes declararam receber informações sobre qual é o medicamento, a dosagem e o período de tratamento, porém somente 11,6% afirmaram ter sido informados sobre as condições corretas de alimentação para o uso do medicamento. Além disso, 4,1% relatou ter sido informado sobre interações medicamentosas (PREVEDELLO; BUSATO, 2014).

Mais evidências sobre a qualidade dos serviços farmacêuticos são encontradas em estudo realizado no município de Niterói, Rio de Janeiro. O estudo avaliou a qualidade dos serviços farmacêuticos prestados para pacientes portadores de HIV, contra o padrão esperado pelo programa brasileiro de atenção a estes pacientes. A qualidade dos serviços atingiu o esperado em apenas 50,3% dos itens mensurados dentro do padrão do programa. Dentre todos os componentes avaliados, o pior resultado obtido foi no componente de qualificação do atendimento, que atingiu

apenas 30% de conformidade. Este componente mede a quantidade de farmacêuticos e dispensadores com treinamento sobre a condição clínica, a disponibilidade de fontes adequadas de informações sobre os medicamentos e o número de horas dedicadas ao programa (PICCOLI; BRITO; CASTILHO, 2017). Este resultado evidencia falhas no preparo dos profissionais e na disponibilização de ferramentas de consulta e educacionais para a execução do seu trabalho.

A falta de treinamento e qualificação dos profissionais não foi identificada como problema somente em Niterói. Um estudo realizado com 553 farmacêuticos de comunidade do estado do Paraná identificou que quase nenhum dos farmacêuticos entrevistados apresentou conhecimentos sobre termos básicos relacionados a medicina baseada em evidência. A média de acertos sobre o significado dos termos apresentados foi de 12,2%, ao mesmo tempo que a grande maioria (77,3%) acredita que sua formação é adequada para realizar a prescrição farmacêutica de medicamentos (HALILA et al., 2015). O mesmo ponto - baixa qualificação dos farmacêuticos de comunidade em sua atuação clínica - aparece em outros estudos, confirmando que existem importantes oportunidades para evoluir o conhecimento clínico e pensamento crítico para os farmacêuticos de comunidade em nível nacional (REIS et al., 2015).

Outro ponto avaliado sobre a qualidade da assistência farmacêutica foi a verificação da existência de fóruns para a avaliação, discussão e evolução do tema. No estudo não foi encontrado de forma consistente o tema nas pautas de reuniões dos conselhos de saúde municipais, nem evidenciada a inclusão dos responsáveis pela assistência farmacêutica como membros destes conselhos. Tampouco foi encontrada estruturação formal da atividade de assistência farmacêutica dentro dos organogramas das secretarias municipais de saúde. Em entrevistas com os responsáveis pela assistência farmacêutica dos municípios foi possível identificar o desconhecimento dos valores disponíveis no orçamento e a falta de autonomia para decisão (LUZ et al., 2017).

Assim, como identificado na caracterização do modelo de assistência farmacêutica aplicado nas farmácias de comunidade do Brasil, aqui também aparece a falta de entendimento do que conforma a assistência farmacêutica, levando a índices de satisfação de gestores e usuários que não são condizentes com as evidências encontradas. As evidências apontam uma orientação deficiente na dispensação dos medicamentos, falta de oferta de serviços clínicos e um

comprometimento na qualidade com que eles são realizados, não atendendo padrões esperados em especial por falta de qualificação dos profissionais. A inexistência de discussões sobre a assistência farmacêutica nos fóruns municipais de gestão leva a entender que hoje a evolução do modelo depende de iniciativas individuais, ou de esferas superiores (federal e estaduais), mas que provavelmente não contam com grande apoio e coordenação nos municípios, o que pode ser uma importante barreira para evoluir a assistência farmacêutica para a população.

4.2.3. Atenção farmacêutica nas farmácias de comunidade do Brasil

Na base de estudo tivemos publicações sobre os serviços clínicos prestados pelas farmácias de comunidade e, em especial, a atenção farmacêutica. Uma delas, relacionada à Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), buscou caracterizar as atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. Este estudo identificou, por meio de entrevistas com os farmacêuticos, que nacionalmente apenas 21,3% dos mesmos afirmam realizar atividades de natureza clínica, apesar de 80% da mesma população considerar estas atividades muito importantes (ARAÚJO et al., 2017a). Em relação a unidades de atendimento básico à saúde, foi verificado a prática de algum serviço clínico farmacêutico em somente 18,1% das unidades. Quando avaliado dentro de cada região do país, encontramos diferenças, porém mantendo índices muito baixos em todas as regiões, variando do máximo de 23% apresentado no Sudeste ao mínimo de 12,6% das unidades básicas de saúde apresentando serviços clínicos farmacêuticos na região Nordeste (LEITE et al., 2017b).

As dificuldades para o farmacêutico exercer as atividades clínicas estão também no universo privado. Apesar de as farmácias de propriedade privada não estarem integradas às redes de atenção à saúde, muitas vezes acabam sendo o ponto inicial de contato do paciente com um profissional de saúde, em um primeiro momento buscando aconselhamento e o autocuidado. Um estudo mais detalhado buscou avaliar a qualidade da atenção farmacêutica prestada justamente nas farmácias comunitárias privadas no estado do Paraná. No trabalho foi levantado que quase 50% das farmácias não possuem sala privativa para atendimento o que, segundo o autor, não difere da realidade de outros estados. Outro dado levantado na mesma pesquisa foi a dificuldade em conciliar a atenção farmacêutica com as outras atividades. Em especial, as atividades relacionadas ao atendimento da legislação de medicamentos

controlados foram citadas como as que mais demandam tempo do farmacêutico, eles apontaram que precisam de aproximadamente quatro horas por dia para executar estas atividades, metade da sua jornada de trabalho (HIPÓLITO JÚNIOR et al., 2017).

A questão do espaço físico adequado e da disponibilidade de tempo também surgiu em pesquisas de âmbito nacional. Em mais um dos artigos derivados da Pesquisa Nacional sobre Acesso Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), temos como principais motivos citados pelos farmacêuticos para não realizarem atividades de natureza clínica a indisponibilidade de espaço físico e a falta de tempo, alegados respectivamente por 46,7% e 45,4% dos entrevistados (ARAÚJO et al., 2017a).

Um estudo de 2014, realizado em pontos de atenção básica à saúde do município de Divinópolis, Minas Gerais, levantou que de forma geral a atividade de dispensação nestes pontos de atenção não é realizada por farmacêuticos, mas sim por enfermeiros, auxiliares ou agentes de saúde. Neste mesmo estudo ao questionar os usuários após receberem seus medicamentos, eles não recordavam as informações básicas sobre seu tratamento, tais como o nome do medicamento, indicações, posologia e possíveis reações adversas. Isso põe em questionamento como está sendo realizada a dispensação do medicamento e em especial o preparo do profissional que está realizando esta atividade no lugar do farmacêutico (LUZ et al., 2017). A questão da disponibilidade de farmacêuticos para realizar a dispensação nas farmácias de comunidade públicas é um problema a nível nacional. Entre 2008 e 2013 houve um aumento de 75% na quantidade de farmacêuticos trabalhando nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas ainda assim foi identificado em 2015 que eles representavam apenas 33,3% das posições de dispensação (CARVALHO et al., 2017). A baixa disponibilidade pode levar a problemas em todas as atividades da assistência farmacêutica e em especial inviabiliza ter a atenção farmacêutica como parte do modelo de atenção básica, uma vez que a atividade de farmácia clínica não pode ser desempenhada por outros profissionais.

Outro importante problema é o desenho das equipes de saúde, principalmente na atenção básica. Em um estudo de abrangência nacional realizado em 2015, de 285 farmacêuticos da rede pública entrevistados 44,7% alegaram nunca ou raramente participarem em reuniões das equipes de saúde das unidades de atenção básica em que atuam (ARAÚJO et al., 2017a).

Os diferentes estudos apresentados acima nos levam a concluir que hoje a atenção farmacêutica não é realizada de forma consistente nas farmácias de comunidade. O farmacêutico reconhece a importância desta atividade, porém por não estar disponível em todas as farmácias públicas, não dispor de infraestrutura adequada e estar sobrecarregado com outras atividades acaba por não conseguir atender de forma adequada a população, como preconizado nas políticas públicas. Em relação à integração com a atenção primária, o farmacêutico raramente participa de reuniões das equipes de saúde das UBS, sendo utilizado majoritariamente para as atividades logística da disponibilização dos medicamentos e em alguns casos como recurso para consulta das equipes de saúde em casos específicos dentro dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Estes importantes obstáculos precisam ser resolvidos para ter a atenção farmacêutica como parte do cuidado integral dos pacientes.

4.3. Principais problemas e soluções identificados na literatura

4.3.1. Credibilidade dos serviços de atenção farmacêutica

Nove anos atrás, anteriormente à Lei Nº 13.021/14, um estudo já apontava que no Brasil o farmacêutico precisava se reposicionar como corresponsável pela terapêutica e não mais assumir o papel de um ator subordinado à autoridade médica, de maneira a transformar a farmácia em um estabelecimento de saúde e permitir atuação conjunta com o médico em benefício do paciente (ANGONESI; SEVALHO, 2010). Outro problema na relação entre o trabalho dos médicos e dos farmacêuticos é o acesso aos prontuários do paciente. Um estudo realizado na Flórida buscou identificar as barreiras para a inclusão dos serviços de atenção farmacêutica no modelo de atenção básica, e encontrou como um dos principais empecilhos a falta ou limitação de acesso pelo farmacêutico aos registros médicos do paciente, dificultando o trabalho voltado para a integralidade do cuidado (JOSEPH et al., 2017). Para a verdadeira colaboração, é essencial que haja reciprocidade e que cada parte perceba o valor aportado pela outra. Porém existem algumas barreiras identificadas em estudos para que o valor dos serviços de atenção farmacêutica possa ser amplamente comprovado.

Em estudo recente publicado na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, foram colocados em xeque os resultados de 111 estudos sobre os ganhos

apresentados pelos serviços de atenção farmacêutica, classificando a confiabilidade das evidências mostradas como moderada, baixa ou muito baixa. Também é citado o pouco detalhamento dos serviços prestados na assistência farmacêutica, dificultando possíveis reprodutibilidade dos estudos (DE BARRA et al., 2018). Outro estudo publicado no Reino Unido mostra que foram encontradas evidências de que o acompanhamento farmacêutico é capaz de reduzir problemas relacionados à farmacoterapia após a alta hospitalar, porém classifica como inconclusiva a relação deste ponto com melhores desfechos de saúde por discrepâncias metodológicas apresentadas nos estudos (NAZAR et al., 2015).

Em 2018, um trabalho publicado pela *Elsevier* seguiu a mesma linha revisando sessenta estudos que avaliavam comparativamente o impacto da integração de serviços de atenção farmacêutica na condição de saúde do paciente. Neste caso o estudo considera conclusivos os ganhos somente quando o paciente apresentava mais de uma condição de saúde, sugerindo que os serviços de atenção farmacêutica são apropriados somente para os casos de maior complexidade na terapia medicamentosa (HAZEN et al., 2018).

Na era da medicina baseada em evidência, os esforços dos sistemas de saúde devem ser direcionados para atividades de resultado comprovado cientificamente. A falta de documentação científica inequívoca sobre os ganhos proporcionados com os serviços de atenção farmacêutica pode representar uma importante barreira para que sejam feitos esforços adicionais para sua adoção e integração nos sistemas de saúde. É necessário adequar o rigor metodológico dos estudos para criar um arcabouço científico capaz de aportar a credibilidade necessária para priorizar a inclusão do farmacêutico de comunidade e das atividades de atenção farmacêutica como parte essencial dos sistemas de atenção básica a saúde.

4.3.2. Dificuldades na implementação dos serviços farmacêuticos

A sistematização da atenção farmacêutica em unidades de saúde de Belo Horizonte foi documentada pelos próprios farmacêuticos das unidades, entre outubro de 2014 e outubro de 2015. O estudo levantou como principais desafios a construção de uma nova dinâmica envolvendo o tema na equipe multidisciplinar, a reorganização da rotina de trabalho para incorporar as novas atividades e a disponibilização de infraestrutura e das ferramentas necessárias para o atendimento farmacêutico (SILVA et al., 2018).

Na Austrália um estudo criou o *Framework for the implementation of services in pharmacy* (FISpH), enumerando seis fases de implementação: Descoberta; Exploração; Preparação; Teste; Operação e Sustentabilidade. No total foram listados 31 pontos a serem trabalhados dentro das fases de implementação de serviços farmacêuticos. (MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016). A complexidade da implementação não se resume a iniciar o atendimento, mas também significa assegurar que os serviços prestados atendam aos requisitos necessários. Uma das soluções encontradas na literatura para garantir que, toda vez que sejam prestados serviços farmacêuticos eles atendam aos requisitos foi a utilização de protocolos clínicos para esta atividade. Este estudo realizou uma revisão sistemática buscando definir a melhor forma de implementar protocolos clínicos para os farmacêuticos de comunidade. Nas 19 publicações utilizadas como base deste estudo não foi possível identificar um modelo mais adequado para a implementação, porém, em todas foi constatado que os protocolos clínicos para os serviços farmacêuticos geraram resultados positivos, mostrando um possível caminho a ser seguido (WATKINS et al., 2015).

4.3.3. Infraestrutura e gestão do tempo

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) criou em 2008, o programa Rede Farmácia de Minas (RFM), buscando melhorar a infraestrutura das farmácias no estado. Um estudo realizado em 2015 identificou que os municípios que participaram do programa apresentaram taxas significativamente melhores em conforto para usuários e funcionários, regularização da documentação legal, condições de armazenamento e realização de atividades clínicas, confirmando que a infraestrutura adequada não apenas permite um atendimento de melhor qualidade, mas acaba por promover a adoção da atenção farmacêutica pela equipe de saúde (BARBOSA et al., 2017). O estudo de certa forma mostra que, com políticas públicas adequadas, é possível vencer a barreira da infraestrutura, porém lá ainda se aponta a falta de tempo como grande barreira para aumentar a oferta de serviços clínicos nas farmácias participantes do Rede Farmácia de Minas (RFM).

Para suportar esta carga de trabalho adicional, vários países têm discutido uma possível ampliação dos papéis do time de suporte ao farmacêutico, para que ele possa se desvencilhar de atividades administrativas e ter mais disponibilidade para contato com o paciente (KOEHLER; BROWN, 2017). O técnico em farmácia pode assumir um

papel essencial para dividir as atividades administrativas com o farmacêutico. Para isso, o técnico em farmácia precisa ser capacitado e sempre ter a supervisão do farmacêutico, que continua sendo o responsável técnico pelos atendimentos e medicamentos dispensados (MELO et al., 2017). Mesmo melhorando a divisão do trabalho entre farmacêutico e o time de suporte, ainda será necessário aumentar recursos, ao menos nas unidades públicas, uma vez que hoje temos apenas 43% das farmácias comunitárias públicas com a presença de um farmacêutico como responsável técnico (CARVALHO et al., 2017).

4.3.4. Preparação do Farmacêutico para o exercício de atividades clínicas

Na Eslovênia foi mensurado o conhecimento obtido pelo paciente sobre sua terapia medicamentosa logo após a retirada do medicamento na farmácia de comunidade. Mais de 90% dos pacientes estavam familiarizados com o medicamento e a sua forma de utilização, porém menos de 20% dos pacientes se recordava de informações relacionadas à segurança em seu uso, como por exemplo os possíveis efeitos adversos (HORVAT; KOS, 2015). O mesmo tipo de estudo foi conduzido no município de Romelândia, Santa Catarina, com resultados similares (PREVEDELLO; BUSATO, 2014).

Os dados acima somente exemplificam a necessidade de reavaliar a formação do Farmacêutico para este novo desafio. O *American Journal of Pharmaceutical Education* publicou em 2017 um artigo que apontou oito principais características para a formação de um profissional farmacêutico preparado para os novos desafios: Pensamento crítico e capacidade de solução de problemas; Perfil colaborativo e capacidade de liderar por influência; Agilidade e capacidade de adaptação; Iniciativa e empreendedorismo; Comunicação oral e escrita efetivas; Capacidade de buscar e analisar informações; Curiosidade e imaginação e Autoconhecimento (MCLAUGHLIN et al., 2017).

Ao comparar as bases curriculares de cursos de farmácia da Europa com os dos Estados Unidos foi identificado que, 72% da carga curricular nos cursos europeus são relacionados a ciências básicas, enquanto apenas 49% são dedicados a este mesmo tema nas grades curriculares estadunidenses, liberando tempo para outras atividades, em especial para as ciências clínicas que ocupam 16% da carga curricular nos Estados Unidos e somente 4% na Europa (NUNES-DA-CUNHA et al., 2016). Um estudo de 2017 mostra que este entendimento também é refletido pelo *American*

College of Clinical Pharmacy (ACCP), que definiu a formação necessária para prover os serviços de atenção farmacêutica em seis competências: Cuidado direto com o paciente; Conhecimento de farmacoterapia; Saúde populacional e cuidado em sistemas de saúde; Comunicação; Profissionalismo e Educação continuada (SASEEN et al., 2017).

Para promover a formação de farmacêuticos preparados para os desafios clínicos, a *American Association of Colleges of Pharmacy's* (AACCP) vem trabalhando na evolução do conceito de educação baseada em competências, buscando garantir que o profissional formado tenha não apenas o conhecimento comprovado, mas que seja avaliado o uso prático de seu conhecimento no desenvolvimento da sua profissão (PITTINGER et al., 2016). Para isso o modelo de *Entrustable Professional Activities* (EPAs), o qual já é trabalhado há mais tempo em escolas de medicina dos Estados Unidos, vem sendo adaptado para as necessidades farmacêuticas. Este modelo busca avaliar as competências do estudante enquanto exerce, de forma supervisionada, as atividades profissionais inerentes a sua formação, confirmando assim se ele possui não apenas o conhecimento, mas também todas as habilidades necessárias.

4.4. Outros modelos e iniciativas encontradas

Dentro dos artigos pesquisados, em especial daqueles classificados como base de consulta, existem diversas iniciativas, porém em sua grande maioria relacionadas à atenção farmacêutica em ambiente hospitalar, tais como o estudo de revisão de medicamentos em pacientes hospitalizados para redução de morbidades e mortalidade (CHRISTENSEN; LUNDH, 2016) ou o programa croata de reconciliação do tratamento medicamentoso na admissão hospitalar (MARINOVIĆ et al., 2016). Relacionadas a atenção farmacêutica em farmácias de comunidade, a maioria das iniciativas envolve populações ou cenários muito específicos, como o estudo realizado pelo acompanhamento de farmacêutico de comunidade do padrão de consumo de indutores do sono (neste caso em específico o fármaco Zolpidem) entre veteranos das guerras do Iraque e Afeganistão (SHAYEGANI et al., 2018), ou a publicação sobre o uso inadequado de medicamentos em idosos afro-americanos de baixa renda (BAZARGAN et al., 2016).

Diretamente relacionadas a atenção farmacêutica com foco em cuidados primários de saúde para toda a população em farmácias de comunidade, encontramos

quatro diferentes abordagens que podem servir de orientação para mudar a realidade da atenção farmacêutica no Brasil. É importante ressaltar que os contextos onde as iniciativas estão inseridas são bem diferentes do encontrado aqui no Brasil e mais especificamente do SUS, portanto as iniciativas precisariam ser adequadas para a nossa realidade e não aplicadas integralmente como referenciado nos estudos.

A primeira abordagem selecionada foi encontrada em dois artigos estadunidenses, que identificaram serviços de saúde providos por farmácias de comunidade que agregaram valor a população atendida. O segundo exemplo foi encontrado tanto no Canadá quanto em Portugal, com artigos focados na lealdade do paciente com a farmácia comunitária. A terceira abordagem foi trabalhada em um artigo holandês, onde foi discutido a percepção dos serviços farmacêuticos entre os diferentes participantes do sistema de saúde. O quarto exemplo vem de dois artigos australianos, com enfoque no modelo de implementação dos serviços farmacêuticos para gerar mais interações entre os diferentes profissionais de saúde. Também foram selecionadas duas iniciativas brasileiras, mostrando possibilidades já adequadas a nossa realidade.

4.4.1. Estados Unidos – Serviços farmacêuticos inovadores

O sistema de saúde dos Estados Unidos é um verdadeiro mosaico, onde cada parcela da população é atendida por um modelo distinto que deve funcionar dentro das regras do *Affordable Care Act*. A população vulnerável de forma geral (idosos e pobres) é coberta por seguros com financiamento integralmente público, já o restante tem três alternativas: o seguro vinculado ao seu empregador, um seguro pessoal de saúde (vinculado ou não ao estado) ou podem ficar por um período máximo de dois meses consecutivos sem cobertura (MOSSIALOS et al., 2017). A não obrigatoriedade de contratação de seguros de saúde pelos empregadores e os modelos de baixa cobertura que podem ser adotados pela população (alguns com mais de 50% de coparticipação nos custos) fazem com que os Estados Unidos tenham uma parcela relevante da sua população sem cobertura efetiva, mais que qualquer outro país desenvolvido. A alta oferta de prestadores de serviço junto aos diferentes modelos de financiamento criam uma alta fragmentação no sistema de saúde estadunidense, o que leva a gastos desnecessários e aumenta a oportunidade de melhoria do sistema ao se buscar a organização de redes coordenadas pelo atendimento primário (MOSSIALOS et al., 2017).

O *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) é um painel de *experts* que oferece auxílio a médicos na escolha de serviços clínicos para seus pacientes. Eles buscam sistematicamente a literatura existente sobre estes serviços e fazem revisões, classificando as evidências apresentadas nos estudos em relação a sua confiabilidade. Uma destas avaliações revisou 95 serviços de prevenção clínica para adultos que podem ser realizados parcialmente ou integralmente por farmácias de comunidade. Foram encontrados 32 serviços recomendados pela USPSTF (KELLING et al., 2016). Dentre estes, foram destacados o aconselhamento na suplementação de ácido fólico, a triagem para identificação de osteoporose e HIV, acompanhamento de pacientes em tratamento para parar de fumar e o aconselhamento e referência à população para busca de cuidados médicos.

Um estudo realizado na Carolina do Norte, EUA, investigou as farmácias de comunidade do estado e encontrou quatro farmácias com práticas inovadoras em assistência farmacêutica (HEMBERG et al., 2017). A primeira farmácia estudada criou parcerias com as clínicas médicas da cidade e passou a oferecer todos os serviços necessários para os pacientes após sua alta, desde a locação de equipamentos para cuidados domiciliares ao acompanhamento dos pacientes em parceria com os médicos, reduzindo a carga de trabalho dos mesmos em caso de pacientes crônicos que estejam com sua condição de saúde sob controle.

A segunda farmácia estudada se tornou referência em imunização e implementou o serviço de organização da farmacoterapia em embalagens com a separação dos medicamentos a serem consumidos por dia, facilitando para o paciente tomar todas as diferentes medicações nas quantidades adequadas. Esta mesma farmácia também implementou sessões de acompanhamento da farmacoterapia onde são realizados monitoramentos de sinais relacionados a condições específicas de saúde (como glicemia para avaliação de diabetes ou pressão arterial para hipertensão) e realizada orientação sobre tratamento e estilo de vida adequado para maximizar os resultados.

O terceiro modelo estudado é baseado na personalização e proximidade com o paciente, começando pelo que foi chamado de “serviço de *concierge*” disponibilizado já na entrada na farmácia, deixando o farmacêutico disponível ao paciente fora do balcão. Também são oferecidos vários serviços de conveniência, como sincronização das medicações (alinhamento da quantidade fornecida de cada um dos medicamentos para o mesmo período de tratamento) e o serviço de entrega domiciliar, evitando

desperdícios e visitas desnecessárias a farmácia. Para se diferenciar ainda mais, esta farmácia se associou a uma clínica médica, ambas funcionando no mesmo prédio, criando um centro de atendimento de saúde para os pacientes, oferecendo suporte adequado a seus clientes em casos de maior complexidade ou urgência. Outro serviço oferecido por esta farmácia é o acompanhamento domiciliar para pacientes que estão em processo de transição de diferentes unidades de saúde para suas residências, facilitando a adaptação e reduzindo riscos de reinternação.

A quarta farmácia, utiliza *analytics* cruzando as informações do tratamento prescrito, histórico médico e possíveis comorbidades para buscar em seu banco de dados quais pacientes apresentam maior risco de internação nos próximos 30 dias, incluindo os mesmos em um programa personalizado de adesão ao tratamento. O programa realiza acompanhamentos na frequência recomendada para a condição de saúde específica do paciente, e muitas vezes coordena também a necessidade de atenção de outros profissionais de saúde como fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas. Este serviço personalizado somente é possível pela troca de informações de saúde sobre seus pacientes com as operadoras e prestadores de serviço da região.

Os dois estudos apontam para a criação de um portfólio de serviços, visando a atender de forma personalizada a necessidade de cada paciente. De forma geral os serviços também acabam preenchendo lacunas não atendidas pelos serviços de saúde tradicionais, e oferecendo acompanhamento profissional da condição de saúde e conveniência. O nível de alinhamento e parceria das farmácias comunitárias com os outros provedores de saúde mostra um importante caminho para que os serviços farmacêuticos possam realmente atender as condições de saúde do paciente. Outro importante fator apresentado foi a proposta de ter entidades verificando o resultado apresentado pelos serviços farmacêuticos, o que pode aportar credibilidade e consequentemente maior aceitação e indicação por parte dos outros profissionais de saúde para estes serviços.

4.4.2. Holanda – Consenso entre diferentes partes do sistema de saúde

O sistema de saúde holandês é baseado na obrigatoriedade do pagamento pelo cidadão de um seguro de saúde, seja o público ou um seguro privado. O funcionamento do sistema tem como importante característica o cenário competitivo, onde o segurado pode mudar de seguro e os seguros podem escolher quais

provedores de serviço serão utilizados. A qualidade dos serviços prestados é controlada pela legislação, definindo padrões mínimos a serem seguidos e monitorando os serviços prestados. O acesso a medicamentos é baseado no modelo de reembolso aplicado sobre o preço do medicamento genérico de menor preço disponível (MOSSIALOS et al., 2017).

Um trabalho publicado em 2016 buscou entender o que era consenso e o que era controverso sobre o papel do farmacêutico clínico no cuidado primário na Holanda. O estudo mapeou a opinião de 163 pessoas representando as principais partes interessadas no tema. Os principais fatores identificados como consenso são (HAZEN et al., 2016):

- O trabalho do farmacêutico clínico é capaz de melhorar a aderência à terapia medicamentosa;
- O foco do trabalho deve ser no cuidado individual ao paciente;
- O trabalho do farmacêutico clínico não pode ser realizado por um enfermeiro, e é complementar ao do médico clínico;
- Programas educacionais realizados em conjunto para médicos e farmacêuticos clínicos poderiam melhorar a assistência farmacêutica aos pacientes;
- É necessário para o trabalho do farmacêutico clínico que ele tenha acesso às informações médicas do paciente.

Em relação às controvérsias apresentadas no estudo, as principais são (HAZEN et al., 2016):

- Divergências sobre a competência atual do farmacêutico comunitário para realizar serviços clínicos;
- Indefinições sobre a inclusão da atividade integralmente como parte do time de atenção à saúde ou como um serviço especializado a ser utilizado quando necessário;
- A independência do farmacêutico clínico em realizar atendimentos direto aos pacientes, ou somente após ser referenciado em um atendimento realizado por um médico clínico.

O exemplo Holandês mostra que em um primeiro momento não são claras para os outros profissionais de saúde as funções do farmacêutico clínico e a importância da atenção farmacêutica. O caminho proposto do alinhamento dos conceitos e dos

papeis é uma opção para evitar riscos na integração dos serviços de atenção farmacêutica no sistema de saúde.

4.4.3. Austrália – Modelos para implementação dos serviços farmacêuticos

O *Medicare*, como é conhecido o sistema de saúde australiano, é público e oferece serviços gratuitos ou subsidiados para todos os cidadãos. A gestão do sistema é descentralizada, porém o controle sobre as regulamentações é federal. Existem planos privados, mas de forma geral para cobrir serviços não incluídos no *Medicare*. O acesso a medicamentos é por meio de copagamento, subsidiado pelo governo.

Nos estudos realizados na Austrália, o foco foi em identificar e documentar modelos para a implementação de serviços farmacêuticos para atenção primária em saúde (MOULLIN; SABATER-HERNÁNDEZ; BENRIMOJ, 2016; RATHBONE et al., 2016; HOSSAIN et al., 2017). De forma geral, em todos os trabalhos existe o enfoque na relação entre médico e farmacêutico. Para otimizar a colaboração foi citada a importância de ambos os profissionais terem contato presencial e, se possível, trabalharem no mesmo local. A troca de perspectivas, a comunicação regular e proativa e, principalmente, a percepção de credibilidade entre os profissionais também foram fatores determinantes para uma boa implementação dos serviços de atenção farmacêutica (RATHBONE et al., 2016).

A solução adotada nos casos acima foi o da proximidade e troca de experiências, buscando gerar credibilidade e maior clareza do papel da atenção farmacêutica. Este cuidado na implementação auxilia a indicação e consequente adoção dos serviços pelos pacientes e uma participação mais efetiva dos farmacêuticos no sistema de saúde.

4.4.4. Canadá e Portugal – Fidelização e aderência ao tratamento

O *Medicare*, sistema de saúde canadense, é descentralizado, sendo as províncias e os territórios responsáveis pela organização dos serviços de saúde. Apesar de descentralizado, o governo federal, através do *Canada Health Act*, estabelece os padrões mínimos que devem ser seguidos por todos os territórios. Assim como o SUS, ele oferece acesso universal e gratuito. Existem planos privados, mas em geral são utilizados somente para cobrir serviços não oferecidos pelo sistema público. Os gastos com medicamentos são cobertos pelo sistema público somente

para populações vulneráveis, para a maior parte da população são pagos através dos planos privados (MOSSIALOS et al., 2017).

Estudo realizado em Quebec com mais de 120 mil pacientes identificou que 59,75% destes é fiel à farmácia comunitária onde realizou a compra de seu primeiro ciclo de tratamento. Este estudo também identificou uma taxa 11% maior de abandono ao tratamento dentro do intervalo de dois anos para os pacientes que não haviam se fidelizado a nenhuma farmácia (DOSSA et al., 2015).

Em Portugal temos o Sistema Nacional de Saúde (SNS), um sistema público com acesso universal e gratuito. Com a criação das Unidades de Saúde Familiar, dos Agrupamentos de Centros de Saúde e da Rede de Cuidados Continuados Integrados no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o SNS buscou trabalhar fortemente a atenção primária, mas ainda apresenta uma coordenação ruim entre os cuidados primários e secundários. Assim como no Brasil, existe um sistema privado de saúde atendendo uma parcela relevante da população, gerando distorções no acesso a serviços de saúde. O acesso a medicamentos é subsidiado pelo governo através do modelo de coparticipação (SERAPIONI, 2017).

Também foi realizado em Portugal um estudo sobre satisfação e lealdade dos pacientes com o farmacêutico de comunidade. As atribuições do farmacêutico foram divididas em três categorias: Dispensador de medicamentos; Provedor de aconselhamento e; Promotor de saúde da comunidade. O resultado das entrevistas mostrou que os pacientes foram capazes de identificar as três atribuições distintas, mesmo as duas últimas tendo sido incorporadas ou ampliadas mais recentemente. Além do estudo confirmar o reconhecimento, ele também expõe que todas as três atribuições são igualmente relevantes para a mensuração de satisfação e lealdade, confirmando a boa aceitação da população portuguesa para os novos caminhos propostos para as farmácias de comunidade (NUNES; ANDERSON; MARTINS, 2015).

Nos dois casos temos registros da proximidade do paciente com o farmacêutico de comunidade. Esta proximidade foi capaz de melhorar o entendimento do paciente sobre a importância do seu tratamento, gerando maior cumprimento da terapia medicamentosa. Também, podemos perceber no caso português uma boa receptividade pela população para a maior participação do farmacêutico nos cuidados de saúde, confirmando o importante nível de confiança que a população possui neste profissional.

4.4.5. Brasil – Iniciativas locais

Um estudo realizado na região do Itaim Paulista no município de São Paulo mensurou o resultado de intervenções realizadas pela equipe de atenção farmacêutica de 12 unidades de saúde básica em um programa implementado em parceria com o Hospital Santa Marcelina. O programa aconteceu entre os meses de maio e novembro de 2016 e definiu como público alvo pacientes com uso de cinco ou mais medicamentos distintos e duas ou mais comorbidades crônicas. Neste intervalo de seis meses foram identificados em média 2,8 problemas por paciente com relação à farmacoterapia. Para a solução dos problemas foram necessárias uma média de 6,3 intervenções para correção e acompanhamento da solução dos problemas com os pacientes. As principais intervenções foram relacionadas à aderência ao medicamento e aos aconselhamentos em relação ao estilo de vida. De todos os pacientes hipertensos, somente 10% estavam com resultados de pressão arterial sob controle na primeira consulta do programa, já após o terceiro contato este número subiu para 50%. O mesmo aconteceu em relação as pacientes com Diabetes: somente 5,5% dos pacientes apresentavam suas aferições de glicemia sob controle e este índice subiu para 25,8% na terceira consulta. (SANTOS; SILVA; TAVARES, 2018).

Um recente estudo, realizado com pacientes do município de Ribeirão Preto, fez uma análise comparativa do tratamento de hipertensão arterial com e sem o acompanhamento de um programa de cuidados farmacêuticos. O programa de acompanhamento farmacêutico do qual os pacientes participaram consta de 12 consultas mensais com um profissional farmacêutico. O estudo mostrou melhores condições de saúde aferidas através do controle da pressão arterial e do colesterol total para o grupo sujeito ao acompanhamento durante o período. Este grupo manteve melhores resultados de pressão artéria e colesterol total em relação ao grupo sem acompanhamento mesmo após o termino do programa, indicando um processo de entendimento, pelos pacientes do programa, da sua condição de saúde e da importância do tratamento (DE SOUZA CAZARIM et al., 2016).

Os dois estudos mostram que existem iniciativas bem-sucedidas de implementação por farmácias de comunidade de serviços clínicos no Brasil, o que mostra possíveis caminhos com o SUS como ambiente para desenvolvermos a atenção farmacêutica no país. Outro ponto relacionado aos dois casos é a

necessidade de continuidade do serviço farmacêutico, onde os resultados foram fruto de programas de acompanhamento e não de intervenções isoladas.

5. DISCUSSÃO

O contexto do SUS, a legislação vigente e as políticas públicas existentes hoje no Brasil nos levariam a acreditar que a atenção farmacêutica já é parte integrante do desenho de atenção primária a saúde, porém a revisão da literatura revela um cenário bem diferente. A caracterização da situação atual da atenção farmacêutica nos mostra uma realidade complexa, onde temos falta de entendimento sobre o tema e o foco do profissional farmacêutico, quase que exclusivamente nos componentes logísticos da dispensação de medicamentos. Existem iniciativas para buscar um consenso nacional sobre a atenção farmacêutica, o que pode representar um importante passo para acelerar a adoção das práticas clínicas no atendimento farmacêutico.

Foram identificadas deficiências na orientação durante a dispensação dos medicamentos, os serviços clínicos por sua vez não são realizados ou quando são apresentaram qualidade abaixo do esperado nos estudos. Existem importantes oportunidades de melhoria já identificadas nas publicações, como a qualificação dos profissionais para as atividades clínicas, o aumento da participação de farmacêuticos nos quadros de dispensação de medicamentos das farmácias de comunidade públicas, melhorias na infraestrutura para o atendimento farmacêutico e definição de tempo específico para exercer a atenção farmacêutica na rotina do farmacêutico de comunidade.

Evoluir a qualificação dos profissionais farmacêuticos para esta crescente necessidade de atividades com foco no paciente não é apenas um desafio brasileiro, é tema de publicações em diversos países e da Federação Internacional Farmacêutica (FIP). Além da capacitação, outro ponto a ser trabalhado é a baixa disponibilidade de tempo para ampliar os serviços de atenção farmacêutica. Hoje a maior parte do tempo do farmacêutico de comunidade está direcionado para as atividades burocráticas, para atendimento as regulamentações. Estas atividades apesar de importantes poderiam ser realizadas por auxiliares de farmácia com a supervisão do farmacêutico. Para isso a qualificação dos auxiliares de farmácia também precisa ser avaliada, abordando temas que hoje são de domínio quase que exclusivo do farmacêutico.

Além das oportunidades em aumentar e melhorar os serviços de atenção farmacêutica, também é necessário trabalhar na integração deles na atenção básica de saúde. Um dos caminhos apontados na literatura é por meio da participação efetiva do farmacêutico nas reuniões das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e

a inclusão do tema nos fóruns de gestão municipais, garantindo um acompanhamento adequado e a coordenação dos esforços de melhoria entre as diferentes esferas do governo.

Quando avaliados outros modelos e iniciativas identificadas na literatura, verificamos no exemplo dos Estados Unidos, a possibilidade de construir um portfólio de serviços, trabalhando de forma personalizada a necessidade de cada paciente, em especial por meio de acompanhamento profissional da condição de saúde e de serviços focados na conveniência. O alinhamento e parceria das farmácias comunitárias com os outros prestadores de saúde foi um ponto chave, assim como ter maneiras de comprovar o valor real dos serviços farmacêuticos, o que pode aportar credibilidade com as outras partes interessadas nos cuidados de saúde. Estes modelos mostram formas de inserir a atenção farmacêutica como parte da atenção primária a saúde mesmo em um sistema tão fragmentado como o dos Estados Unidos, uma importante barreira que também temos no nosso sistema de saúde.

Credibilidade foi uma das palavras chave encontrada nas publicações sobre a integração da atenção farmacêutica nos sistemas de saúde da Holanda e da Austrália. Como não é clara para os outros profissionais de saúde a importância da atenção farmacêutica, o ganho de credibilidade é essencial para maior adoção e integração do farmacêutico nas equipes de saúde. Apesar de o sistema de saúde dos dois países serem bem distintos do SUS, o trabalho de aproximar os farmacêuticos com os outros profissionais dos times de atenção à saúde é um importante caminho. A falta de conhecimento sobre o tema, evidenciada em vários estudos, também é um ponto importante que pode ser endereçado por este modelo adotado nos dois países, buscando proximidade e troca de experiências.

Ao mesmo tempo que o farmacêutico de comunidade precisa se aproximar dos outros profissionais de saúde, os estudos de Portugal e Canadá mostraram que a sua relação com os pacientes já é de grande proximidade e abertura, provavelmente sendo uma de suas fortalezas. A alta taxa de fidelidade dos pacientes com as farmácias de comunidade e a sua capacidade em melhorar o entendimento do paciente sobre a importância do seu tratamento são fatores que mostram o potencial que existe na inclusão do farmacêutico de comunidade no sistema de atenção primária em saúde. Entender no caso brasileiro a abertura que o farmacêutico tem com a população e a influência que pode ter na adesão ao tratamento é essencial

para suportar ações e a priorização da atenção farmacêutica como importante política de acesso a cuidados primários em saúde.

Por último, nos exemplos brasileiros encontramos resultados promissores, em especial quando houve continuidade no serviço farmacêutico. Para esta continuidade foi fundamental a padronização do trabalho e a utilização de ferramentas para documentação e acompanhamento dos pacientes, facilitando a integração com outros profissionais de saúde.

6. CONCLUSÕES

Foi possível dentro deste trabalho atender todos os objetivos específicos, o objetivo geral e conseqüentemente endereçar a pergunta de pesquisa, estabelecendo a atenção farmacêutica prestada em farmácias de comunidade como possível ferramenta para ampliar o acesso à atenção primária em saúde para a população brasileira.

Isso pode ser afirmado com base em iniciativas encontradas em diversos países, inclusive no Brasil, que estabelecem a atenção farmacêutica prestada em farmácias de comunidade como um possível caminho para aumentar o acesso ao atendimento primário em saúde da população. Porém, para que isso aconteça de forma abrangente e sustentável, são necessários esforços para construir um modelo sólido a ser aplicado nacionalmente.

O desenho político, seja por meio da legislação ou das políticas públicas, já existe e mesmo que não seja o ideal, ainda assim possibilita avanços importantes. Encontramos na literatura tanto estudos que apontam as dificuldades para evoluir na atenção farmacêutica nas farmácias de comunidade, quanto iniciativas endereçando soluções para boa parte das dificuldades identificadas. A necessidade de maiores investimentos para a estrutura e aumento da disponibilidade de profissionais farmacêuticos na rede pública de farmácias de comunidade é real, assim como a oportunidade de evolução do setor privado ou que os recursos públicos já empregados sejam trabalhados visando não apenas a logística de disponibilização de medicamentos, mas também serviços clínicos voltados ao atendimento primário.

A participação maior de outros *stakeholders* como o varejo farmacêutico e a indústria farmacêutica para endereçar os problemas de acesso aos cuidados primários da população precisam ser vistos não como oportunidade mas como parcela importante na responsabilidade social destas entidades. Elas podem e devem buscar mais do que o seu resultado financeiro, participando ativamente na criação de soluções integradas com o poder público para melhor atender a população.

Desenhar os serviços a serem oferecidos de forma colaborativa com os outros profissionais de saúde, padronizando e gerando documentação científica de credibilidade, é um importante passo para a maior aceitação e promoção da assistência farmacêutica por todos os participantes do sistema de atenção à saúde. Trabalhar na formação do farmacêutico, tornando-o cada vez mais um profissional

com foco na promoção de saúde da população e na integralidade do cuidado dos pacientes com tratamento medicamentoso é um longo caminho, mas que tem se mostrado promissor para a evolução da profissão farmacêutica e como parte de um novo sistema de saúde mais abrangente e integrado.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Este trabalho foi construído sobre uma base limitada de publicações, podendo não refletir todos os pontos de vista sobre o tema abordado. Ainda em relação a limitações, os pontos de vista apresentados foram baseados na leitura de publicações de terceiros, e não em levantamento e análise de dados primários.

As iniciativas escolhidas para propor soluções ou melhorias ao modelo de atenção farmacêutica nas farmácias de comunidade no Brasil foram implementados em diferentes países com contextos distintos, em relação a organização do sistema de saúde, ao modelo econômico e ao cenário cultural de cada um destes países, portanto não havendo estudos demonstrando que possam ser replicados no cenário nacional. Também, não foram discutidas todas as iniciativas existentes na literatura selecionada, podendo ser um possível escopo para trabalhos complementares investigar mais modelos e iniciativas aplicados em outros países e cenários.

Com o foco do estudo é a atuação do farmacêutico com o paciente, não foi explorado as diferenças entre o ambiente público e privado. Os diferentes contextos ao qual o profissional está inserido pode ter impacto nas soluções a serem implementadas, necessitando adequações para cada uma das realidades.

As discussões propostas estão relacionadas ao campo da saúde, buscando discutir problemas, oportunidades e ações visando a melhoria na condição de saúde da população. Outros fatores, em especial o econômico, são tão essenciais quanto o de saúde para entender os caminhos que devem ser seguidos. Portanto, o escopo deste trabalho é insuficiente para garantir a adoção de novos modelos. Estes precisam do interesse ou necessidade de representantes da sociedade, portanto identificar quais seriam os possíveis representantes e seus interesses ou necessidades, bem como os impactos econômicos e sociais dos caminhos propostos são possíveis temas para estudos futuros.

Por não ter comparações de ganhos e perdas, sejam financeiros ou em condições de saúde da população, não é possível determinar se alguma das soluções propostas é realmente cabível para um ou mais problemas de acesso a atenção primária para a população brasileira, sendo escopo de possíveis estudos futuros a implementação e acompanhamento de quaisquer dos pontos sugeridos neste trabalho.

8. REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FREITAS, O. De. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–1s, 22 set. 2017.

AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A. **Amil - Institucional**. Disponível em: <<https://www.amil.com.br/institucional/#/market/sobre>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

ANDRADE, M. V. et al. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). **PLOS ONE**, v. 13, n. 8, p. e0201723, 10 ago. 2018.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 3, p. 3603–3614, nov. 2010.

ARAÚJO, P. S. et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 6s, 22 set. 2017a.

ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181–1191, abr. 2017b.

BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475–2486, ago. 2017.

BATES, I. et al. An Analysis of the Global Pharmacy Workforce Capacity. **Human Resources for Health**, v. 14, n. 1, p. 61, 10 dez. 2016.

BAZARGAN, M. et al. Inappropriate Medication Use among Underserved Elderly African Americans. **Journal of Aging and Health**, v. 28, n. 1, p. 118–138, fev. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. [s.l: s.n.], 2012.

CARVALHO, M. N. et al. Workforce in the Pharmaceutical Services of the Primary Health Care of SUS, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–10s, 22 set. 2017.

CECILIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00056917, 20 ago. 2018.

CHRISTENSEN, M.; LUNDH, A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2016, n. 2, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Conselho Federal de Farmácia - Brasil - Dados 2018**. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pagina.php?id=801&menu=801&titulo=Dados+2018>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A Prática Farmacêutica na Farmácia comunitária**. [s.l.] Artmed Editora, 2013.

COSTA, E. A. et al. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–11s, 22 set. 2017a.

COSTA, K. S. et al. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: advances and challenges. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–5s, 22 set. 2017b.

DE BARRA, M. et al. Pharmacist services for non-hospitalised patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2018, n. 9, 4 set. 2018.

DE SOUZA CAZARIM, M. et al. Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge. **PLoS ONE**, v. 11, n. 6, jun. 2016.

DOSSA, A. R. et al. Association Between Loyalty to Community Pharmacy and Medication Persistence and Compliance, and the Use of Guidelines-Recommended Drugs in Type 2 Diabetes. **Medicine**, v. 94, n. 27, p. e1082, jul. 2015.

FENASAÚDE. **FenaSaúde promove debate sobre Atenção Primária à Saúde na Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://fenasaude.org.br/fenasaude/servicos-apoio/noticias/fenasaude-promove-debate-sobre-atencao-primaria-a-saude-na-saude-suplementar.html>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

GADELHA, C. A. G. et al. PNAUM: Integrated Approach to Pharmaceutical Services, Science, Technology and Innovation. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, p. 3s, dez. 2016.

HALILA, G. et al. The Practice of OTC Counseling by Community Pharmacists in Parana, Brazil. **Pharmacy Practice**, v. 13, n. 4, p. 597–597, 31 dez. 2015.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S331–S336, 2006.

HAZEN, A. C. M. et al. Controversy and Consensus on a Clinical Pharmacist in Primary Care in the Netherlands. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 38, n. 5, p. 1250–1260, 29 out. 2016.

HAZEN, A. C. M. et al. The Degree of Integration of Non-Dispensing Pharmacists in Primary Care Practice and the Impact on Health Outcomes: A Systematic Review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 14, n. 3, p. 228–240, mar. 2018.

HEMBERG, N. et al. Innovative Community Pharmacy Practice Models in North Carolina. **North Carolina Medical Journal**, v. 78, n. 3, p. 198–201, 2 maio 2017.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533–543, 1 mar. 1990.

HIPÓLITO JÚNIOR, E. et al. Quality Indicators of Pharmacists' Services in Community Pharmacies in Paraná State, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 53, n. 1, p. 1–9, 2017.

HORVAT, N.; KOS, M. Contribution of Slovenian Community Pharmacist Counseling to Patients' Knowledge about Their Prescription Medicines: A Cross-Sectional Study. **Croatian Medical Journal**, v. 56, n. 1, p. 41–49, fev. 2015.

HOSSAIN, L. N. et al. Qualitative Meta-Synthesis of Barriers and Facilitators That Influence the Implementation of Community Pharmacy Services: Perspectives of Patients, Nurses and General Medical Practitioners. **BMJ Open**, v. 7, n. 9, p. e015471, 5 set. 2017.

JOSEPH, T. et al. Integration Strategies of Pharmacists in Primary Care-Based Accountable Care Organizations: A Report from the Accountable Care Organization Research Network, Services, and Education. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 23, n. 5, p. 541–548, maio 2017.

KELLING, S. E. et al. Provision of Clinical Preventive Services by Community Pharmacists. **Preventing Chronic Disease**, v. 13, p. 160232, 27 out. 2016.

KOEHLER, T.; BROWN, A. Documenting the Evolution of the Relationship between the Pharmacy Support Workforce and Pharmacists to Support Patient Care. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 13, n. 2, p. 280–285, mar. 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

LEITE, S. N. et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–10s, 22 set. 2017a.

LEITE, S. N. et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–10s, 22 set. 2017b.

LUZ, T. C. B. et al. Pharmaceutical Services in Primary Health Care: Are Pharmacists and Users on the Same Page? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2463–2474, ago. 2017.

MARINOVIĆ, I. et al. Clinical Pharmacist-Led Program on Medication Reconciliation Implementation at Hospital Admission: Experience of a Single University Hospital in Croatia. **Croatian Medical Journal**, v. 57, n. 6, p. 572–581, dez. 2016.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, p. e000829, 3 jul. 2018.

MCLAUGHLIN, J. E. et al. Exploring the Requisite Skills and Competencies of Pharmacists Needed for Success in an Evolving Health Care Environment. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 81, n. 6, p. 116, ago. 2017.

MELO, D. O. de et al. Capacitação e Intervenções de Técnicos de Farmácia Na Dispensação de Medicamentos Em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 261–268, jan. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. **Sistema Único de Saúde Princípios e Conquistas**. [s.l.] Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para o desenvolvimento e qualificação. Relatório com análise e recomendações de gestores, especial**. [s.l.] Ministério da Saúde (BR), Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2018.

MOSSIALOS, E. et al. **International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States**. [s.l.: s.n.], 2017.

MOULLIN, J. C.; SABATER-HERNÁNDEZ, D.; BENRIMOJ, S. I. Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 439, 25 dez. 2016.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1565–1572, maio 2016.

NAZAR, H. et al. A Systematic Review of the Role of Community Pharmacies in Improving the Transition from Secondary to Primary Care. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 80, n. 5, p. 936–948, nov. 2015.

NUNES-DA-CUNHA, I. et al. A Comparison of Patient-Centered Care in Pharmacy Curricula in the United States and Europe. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 80, n. 5, p. 83, jun. 2016.

NUNES, F. G.; ANDERSON, J. E.; MARTINS, L. M. Patient Reactions to Community

Pharmacies' Roles: Evidence from the Portuguese Market. **Health Expectations**, v. 18, n. 6, p. 2853–2864, dez. 2015.

OLIVEIRA, N. F. de et al. Gestão da assistência farmacêutica do Brasil : revisão integrativa da literatura. **Ras**, v. 16, n. 64, p. 89–96, 2014.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 24, 2002.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet (London, England)**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 maio 2011.

PARÉ, G. et al. Synthesizing information systems knowledge: A typology of literature reviews. **Information and Management**, v. 52, n. 2, p. 183–199, 2015.

PICCOLI, N. J.; BRITO, M. A. de; CASTILHO, S. R. de. Assessment of Pharmaceutical Services in HIV/AIDS Health Units in the City of Niterói, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 53, n. 2, 2017.

PITTENGER, A. L. et al. Entrustable Professional Activities for Pharmacy Practice. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 80, n. 4, p. 57, maio 2016.

PREVEDELLO, P.; BUSATO, M. A. Analysis of the Pharmaceutical Assistance Cycle in Romelândia, Santa Catarina, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 50, n. 1, p. 155–163, mar. 2014.

RATHBONE, A. P. et al. Qualitative Study to Conceptualise a Model of Interprofessional Collaboration between Pharmacists and General Practitioners to Support Patients' Adherence to Medication. **BMJ Open**, v. 6, n. 3, p. e010488, 16 mar. 2016.

REIS, T. M. dos et al. Knowledge and Conduct of Pharmacists for Dispensing of Drugs in Community Pharmacies: A Cross-Sectional Study. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 51, n. 3, p. 733–744, set. 2015.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 87–111, mar. 2016.

SANTOS, F. T. C.; SILVA, D. L. M. da; TAVARES, N. U. L. Pharmaceutical Clinical Services in Basic Care in a Region of the Municipality of São Paulo. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 54, n. 3, 29 nov. 2018.

SASEEN, J. J. et al. ACCP Clinical Pharmacist Competencies. **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**, v. 37, n. 5, p. 630–636, maio 2017.

SERAFIN, C.; CORREIA JÚNIOR, D.; VARGAS, M. **Perfil do farmacêutico no Brasil: Relatório**. [s.l: s.n.]. 2015.

SERAPIONI, M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p. 9, 28 set. 2017.

SHAYEGANI, R. et al. Patterns of Zolpidem Use among Iraq and Afghanistan Veterans: A Retrospective Cohort Analysis. **PLoS ONE**, v. 13, n. 1, jan. 2018.

SILVA, D. Á. M. et al. A PRÁTICA CLÍNICA DO FARMACÊUTICO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE A FAMÍLIA. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 659–682, 19 mar. 2018.

SOEIRO, O. M. et al. Patient Satisfaction with Pharmaceutical Services in Brazilian Primary Health Care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–11s, 22 set. 2017.

SOUZA, G. S. et al. Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–12s, 22 set. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

The Definition of Clinical Pharmacy. **Pharmacotherapy**, v. 28, n. 6, p. 816–817, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.accp.com>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

VASCONCELOS, D. M. M. de et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2609–2614, ago. 2017.

WATKINS, K. et al. Effectiveness of Implementation Strategies for Clinical Guidelines to Community Pharmacy: A Systematic Review. **Implementation Science**, v. 10, n. 1, p. 151, 29 dez. 2015.

APÊNDICE A – Parâmetros de pesquisa

Parâmetros	Português	Inglês	
Key Words	OR	Assistência Farmacêutica	<i>Pharmaceutical Services</i>
	OR	Farmacêuticos Comunitários	<i>Pharmacists</i>
	OR	Farmácias Comunitárias	<i>Pharmacies</i>
	OR	Serviços Comunitários de Farmácia	<i>Community Pharmacy Services</i>
	NOT	Hospitais	<i>Hospitals</i>
Search	Resumo e Título		
Intervalo	01.01.2014 - 30.04.2018		
Idioma	Português e Inglês		
Outros	Article		
	Full Text		
	Citável		

APÊNDICE B – Artigos encontrados por plataforma de pesquisa

Plataformas de pesquisa	Artigos	Parâmetro Final
Cochrane Library	67	63 Cochrane Reviews matching on 'Pharmaceutical Services in Title Abstract Keyword OR Pharmacists in Title Abstract Keyword OR Pharmacies in Title Abstract Keyword OR Community Pharmacy Services in Title Abstract Keyword NOT Hospital in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)'
Proquest	569	ab(Pharmaceutical Services) OR ab(Pharmacists) OR ab(Pharmacies) OR ab(Community Pharmacy Services) NOT ab(Hospitals) Data: De January 2014 a April 2018 Tipo de documento: Artigo, Artigo de conferência Idioma: Inglês, Português
Pubmed	1863	(((((Pharmaceutical Services) OR Pharmacists) OR Pharmacies) OR Community Pharmacy Services) NOT Hospitals Filters activated: Abstract, Free full text, Full text, Publication date from 2014/01/01 to 2018/04/30, Humans, English, Portuguese
Scielo	277	#30 (ab:((pharmaceutical services) OR (pharmacists) OR (pharmacies) OR (community pharmacy services) NOT (hospitals))) AND la:("en" OR "pt") AND year_cluster:("2017" OR "2015" OR "2014" OR "2016" OR "2018") AND is_citable:("is_true") AND type:("research-article" OR "review-article" OR "article-commentary")
Web of Science	834	Você pesquisou por: TÍTULO: (Pharmaceutical Services) OR TÍTULO: (Pharmacists) OR TÍTULO: (Pharmacies) OR TÍTULO: (Community Pharmacy Services) NOT TÍTULO: (Hospitals) Refinado por: Acesso Aberto: (OPEN ACCESS) AND TIPOS DE DOCUMENTO: (ARTICLE) Tempo estipulado: 2014-2018. Índices: SCI-EXPANDED.
Total	3610	
	684	Duplicados entre as diferentes bases
Final	2926	

APÊNDICE C – Base de estudo (66 artigos)

ARAÚJO, P. S. et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 6s, 22 set. 2017.

ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181–1191, abr. 2017.

BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475–2486, ago. 2017.

BATES, I. et al. An Analysis of the Global Pharmacy Workforce Capacity. **Human Resources for Health**, v. 14, n. 1, p. 61, 10 dez. 2016.

BERMUDEZ, J. A. Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937–1949, jun. 2018.

CARTER, B. L. Evolution of Clinical Pharmacy in the USA and Future Directions for Patient Care. **Drugs & Aging**, v. 33, n. 3, p. 169–177, 19 mar. 2016.

CARVALHO, M. N. et al. Workforce in the Pharmaceutical Services of the Primary Health Care of SUS, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–10s, 22 set. 2017.

COSTA, K. S. et al. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: advances and challenges. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–5s, 22 set. 2017.

CUNHA, L. et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation to Brazil of the Scale of Attitudes toward Physician-Pharmacists Collaboration. **Pharmacy Practice**, v. 15, n. 2, p. 872–872, 30 jun. 2017.

DE BARRA, M. et al. Pharmacist services for non-hospitalized patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2018, n. 9, 4 set. 2018.

DE FREITAS, E. L.; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Critical Thinking in the Context of Clinical Practice: The Need to Reinvent Pharmacy Education. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 28, n. 2, p. 231, 4 dez. 2015.

DEEKS, L. S.; NAUNTON, M.; KOSARI, S. Pharmacists' Perceptions of Their Emerging General Practice Roles in UK Primary Care: A Qualitative Interview Study. **British Journal of General Practice**, v. 67, n. 662, p. 396.1-396, set. 2017.

DOSSA, A. R. et al. Association Between Loyalty to Community Pharmacy and Medication Persistence and Compliance, and the Use of Guidelines-Recommended Drugs in Type 2 Diabetes. **Medicine**, v. 94, n. 27, p. e1082, jul. 2015.

ENSING, H. T. et al. Identifying the Optimal Role for Pharmacists in Care Transitions: A Systematic Review. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 21, n. 8, p. 614–636, ago. 2015.

FRANCIS, J.; ABRAHAM, S. Clinical pharmacists: Bridging the gap between patients and physicians. **Saudi Pharmaceutical Journal**, v. 22, n. 6, p. 600–602, dez. 2014.

GADELHA, C. A. G. et al. PNAUM: Integrated Approach to Pharmaceutical Services, Science, Technology and Innovation. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, p. 3s, dez. 2016.

GERLACK, L. F. et al. Management of Pharmaceutical Services in the Brazilian Primary Health Care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–10s, 22 set. 2017.

GUERRA, M. L. et al. A Systematic Review of the Effects of Continuing Education Programs on Providing Clinical Community Pharmacy Services. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 80, n. 5, p. 88, jun. 2016.

HALILA, G. et al. The Practice of OTC Counseling by Community Pharmacists in Parana, Brazil. **Pharmacy Practice**, v. 13, n. 4, p. 597–597, 31 dez. 2015.

HAZEN, A. C. M. et al. Controversy and Consensus on a Clinical Pharmacist in Primary Care in the Netherlands. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 38, n. 5, p. 1250–1260, 29 out. 2016.

HAZEN, A. C. M. et al. The Degree of Integration of Non-Dispensing Pharmacists in Primary Care Practice and the Impact on Health Outcomes: A Systematic Review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 14, n. 3, p. 228–240, mar. 2018.

HEMBERG, N. et al. Innovative Community Pharmacy Practice Models in North Carolina. **North Carolina Medical Journal**, v. 78, n. 3, p. 198–201, 2 maio 2017.

HILLIER-BROWN, F. et al. The Effects of Community Pharmacy Public Health Interventions on Population Health and Health Inequalities: A Systematic Review of Reviews Protocol. **Systematic Reviews**, v. 6, n. 1, p. 176, 30 dez. 2017.

HIPÓLITO JÚNIOR, E. et al. Quality Indicators of Pharmacists' Services in Community Pharmacies in Paraná State, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 53, n. 1, p. 1–9, 2017.

HORVAT, N.; KOS, M. Contribution of Slovenian Community Pharmacist Counseling to Patients' Knowledge about Their Prescription Medicines: A Cross-Sectional Study. **Croatian Medical Journal**, v. 56, n. 1, p. 41–49, fev. 2015.

HOSSAIN, L. N. et al. Qualitative Meta-Synthesis of Barriers and Facilitators That Influence the Implementation of Community Pharmacy Services: Perspectives of Patients, Nurses and General Medical Practitioners. **BMJ Open**, v. 7, n. 9, p. e015471, 5 set. 2017.

JOCIC, D.; KRAJNOVIC, D. Development and initial validation of a scale to measure attitudes and beliefs of pharmacists toward their work with patients. **Vojnosanitetski preglod**, v. 71, n. 4, p. 373–382, 2014.

JOSEPH, T. et al. Integration Strategies of Pharmacists in Primary Care-Based Accountable Care Organizations: A Report from the Accountable Care Organization Research Network, Services, and Education. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 23, n. 5, p. 541–548, maio 2017.

KAAE, S.; TRAUlsen, J. M.; NØRGAARD, L. S. Customer Interest in and Experience with Various Types of Pharmacy Counselling - a Qualitative Study. **Health Expectations**, v. 17, n. 6, p. 852–862, dez. 2014.

KELLING, S. E. et al. Provision of Clinical Preventive Services by Community Pharmacists. **Preventing Chronic Disease**, v. 13, p. 160232, 27 out. 2016.

KOEHLER, T.; BROWN, A. Documenting the Evolution of the Relationship between the Pharmacy Support Workforce and Pharmacists to Support Patient Care. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 13, n. 2, p. 280–285, mar. 2017.

LEITE, S. N. et al. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–10s, 22 set. 2017.

LEITE, S. N. et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–10s, 22 set. 2017.

LEPPÉE, M. et al. 3Ps-Pharmacist, Physician and Patient: Proposal for Joint Cooperation to Increase Adherence to Medication. **West Indian Medical Journal**, v. 63, n. 7, p. 744–751, 29 out. 2014.

LUZ, T. C. B. et al. Pharmaceutical Services in Primary Health Care: Are Pharmacists and Users on the Same Page? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2463–2474, ago. 2017.

MCLAUGHLIN, J. E. et al. Exploring the Requisite Skills and Competencies of Pharmacists Needed for Success in an Evolving Health Care Environment. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 81, n. 6, p. 116, ago. 2017.

MELO, D. O. de et al. Capacitação e Intervenções de Técnicos de Farmácia Na Dispensação de Medicamentos Em Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 261–268, jan. 2017.

MOULLIN, J. C.; SABATER-HERNÁNDEZ, D.; BENRIMOJ, S. I. Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 439, 25 dez. 2016.

- NAZAR, H. et al. A Systematic Review of the Role of Community Pharmacies in Improving the Transition from Secondary to Primary Care. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 80, n. 5, p. 936–948, nov. 2015.
- NITADPAKORN, S.; FARRIS, K. B.; KITTISOPEE, T. Factors Affecting Pharmacy Engagement and Pharmacy Customer Devotion in Community Pharmacy: A Structural Equation Modeling Approach. **Pharmacy Practice**, v. 15, n. 3, p. 999–999, 30 set. 2017.
- NUNES, F. G.; ANDERSON, J. E.; MARTINS, L. M. Patient Reactions to Community Pharmacies' Roles: Evidence from the Portuguese Market. **Health Expectations**, v. 18, n. 6, p. 2853–2864, dez. 2015.
- NUNES-DA-CUNHA, I. et al. A Comparison of Patient-Centered Care in Pharmacy Curricula in the United States and Europe. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 80, n. 5, p. 83, jun. 2016.
- ODUKOYA, O. K.; CHUI, M. A.; PU, J. Factors Influencing Quality of Patient Interaction at Community Pharmacy Drive-through and Walk-in Counselling Areas. **International Journal of Pharmacy Practice**, v. 22, n. 4, p. 246–256, ago. 2014.
- OLIVEIRA, N. V. B. V. de et al. Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil: perfil sociodemográfico e dinâmica de trabalho em farmácias e drogarias privadas. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 1105–1121, dez. 2017.
- PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. da. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 451–468, jun. 2015.
- PÉREZ-CUEVAS, R. et al. Effects of the Expansion of Doctors' Offices Adjacent to Private Pharmacies in Mexico: Secondary Data Analysis of a National Survey. **BMJ Open**, v. 4, n. 5, p. e004669, maio 2014.
- PICCOLI, N. J.; BRITO, M. A. de; CASTILHO, S. R. de. Assessment of Pharmaceutical Services in HIV/AIDS Health Units in the City of Niterói, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 53, n. 2, 2017.
- PITTENGER, A. L. et al. Entrustable Professional Activities for Pharmacy Practice. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 80, n. 4, p. 57, maio 2016.
- POURRAT, X. et al. Impact of drug reconciliation at discharge and communication between hospital and community pharmacists on drug-related problems: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 15, n. 1, p. 260, 30 dez. 2014.
- PREVEDELLO, P.; BUSATO, M. A. Analysis of the Pharmaceutical Assistance Cycle in Romelândia, Santa Catarina, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 50, n. 1, p. 155–163, mar. 2014.

RATHBONE, A. P. et al. Qualitative Study to Conceptualize a Model of Interprofessional Collaboration between Pharmacists and General Practitioners to Support Patients' Adherence to Medication. **BMJ Open**, v. 6, n. 3, p. e010488, 16 mar. 2016.

REIS, T. M. dos et al. Knowledge and Conduct of Pharmacists for Dispensing of Drugs in Community Pharmacies: A Cross-Sectional Study. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 51, n. 3, p. 733–744, set. 2015.

ROVER, M. R. M. et al. Avaliação da capacidade de gestão do componente especializado da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2487–2499, ago. 2017.

ROVER, M. R. M. et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 691–711, jun. 2016.

SANTOS, F. T. C.; SILVA, D. L. M. da; TAVARES, N. U. L. Pharmaceutical Clinical Services in Basic Care in a Region of the Municipality of São Paulo. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 54, n. 3, 29 nov. 2018.

SASEEN, J. J. et al. ACCP Clinical Pharmacist Competencies. **Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy**, v. 37, n. 5, p. 630–636, maio 2017.

SILVA, D. Á. M. et al. A PRÁTICA CLÍNICA DO FARMACÊUTICO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE A FAMÍLIA. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 659–682, 19 mar. 2018.

SILVA, R. M. da et al. Assistência Farmacêutica No Município Do Rio de Janeiro, Brasil: Evolução Em Aspectos Seleccionados de 2008 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1421–1432, maio 2016.

SOEIRO, O. M. et al. Patient Satisfaction with Pharmaceutical Services in Brazilian Primary Health Care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, p. 1s–11s, 22 set. 2017.

SVETLANA, S. et al. Evaluation of Competences at the Community Pharmacy Settings. **Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research**, v. 48, n. 4, p. 22–30, 23 set. 2014.

TODD, A. et al. Community Pharmacy Interventions for Public Health Priorities: Protocol for a Systematic Review of Community Pharmacy-Delivered Smoking, Alcohol and Weight Management Interventions. **Systematic Reviews**, v. 3, n. 1, p. 93, 22 dez. 2014.

UNG, C. O. L. et al. Community pharmacists' understanding, attitudes, practice and perceived barriers related to providing pharmaceutical care: a questionnaire-based survey in Macao. **Tropical Journal of Pharmaceutical Research**, v. 15, n. 4, p. 847, 10 maio 2016.

URTEAGA, E. M. et al. Evaluation of Clinical and Communication Skills of Pharmacy Students and Pharmacists with an Objective Structured Clinical Examination. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 79, n. 8, p. 122, out. 2015.

VASCONCELOS, D. M. M. de et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2609–2614, ago. 2017.

WATKINS, K. et al. Effectiveness of Implementation Strategies for Clinical Guidelines to Community Pharmacy: A Systematic Review. **Implementation Science**, v. 10, n. 1, p. 151, 29 dez. 2015.

WOLTERS, M. et al. Exploring the Concept of Patient Centred Communication for the Pharmacy Practice. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 39, n. 6, p. 1145–1156, 9 dez. 2017.