

## Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil

Patricia Sodré Araújo<sup>I</sup>, Ediná Alves Costa<sup>II</sup>, Augusto Afonso Guerra Junior<sup>III</sup>, Francisco de Assis Acurcio<sup>III</sup>, Ione Aquemi Guibu<sup>IV</sup>, Juliana Álvares<sup>III</sup>, Karen Sarmiento Costa<sup>VI, VII</sup>, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski<sup>VIII</sup>, Orlando Mario Soeiro<sup>IX</sup>, Silvana Nair Leite<sup>X</sup>

<sup>I</sup> Departamento de Ciências da Vida. Curso de Farmácia. Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil

<sup>II</sup> Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>IV</sup> Faculdade de Ciências Médicas. Santa Casa de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

<sup>V</sup> Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

<sup>VI</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

<sup>VII</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>VIII</sup> Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

<sup>IX</sup> Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil

<sup>X</sup> Departamento de Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

### RESUMO

**OBJETIVO:** Caracterizar as atividades de natureza clínica desenvolvidas pelos farmacêuticos nas unidades básicas de saúde e sua participação em atividades educativas de promoção da saúde.

**MÉTODOS:** O artigo integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos – Serviços 2015, estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por levantamento de informações numa amostra representativa de municípios, estratificada pelas regiões do Brasil que constituem domínios do estudo, e sub-amostra de serviços de atenção básica. Os farmacêuticos entrevistados (n = 285) eram responsáveis pela entrega de medicamentos e foram entrevistados pessoalmente com uso de roteiro. A caracterização das atividades de natureza clínica baseou-se em informações dos farmacêuticos que declararam realizá-las, e a participação em atividades educativas e voltadas à promoção da saúde, em informações de todos os farmacêuticos. Os resultados são apresentados em frequência e respectivos intervalos de confiança de 95%.

**RESULTADOS:** Dos entrevistados, 21,3% afirmaram realizar atividades de natureza clínica. Destes, mais de 80% as consideraram muito importante; a maioria não dispõe de local específico para realizá-las, prejudicando a privacidade e confidencialidade nessas atividades. As principais denominações foram orientação farmacêutica e atenção farmacêutica. O registro das atividades é feito principalmente em prontuário do usuário, sistema informatizado e documento próprio arquivado na farmácia, o que dificulta a circulação das informações entre os profissionais. A maioria realiza as atividades principalmente em conjunto com médicos e enfermeiros; 24,7% raramente participam de reuniões com a equipe de saúde e 19,7% nunca participou.

**CONCLUSÕES:** As atividades de natureza clínica desempenhadas por farmacêuticos no Brasil ainda são incipientes. As dificuldades encontradas apontam improvisação e esforço dos profissionais. A pequena participação em atividades educativas de promoção da saúde indica pouca integração dos farmacêuticos na equipe de saúde e da assistência farmacêutica nas demais ações de saúde.

**DESCRITORES:** Farmacêuticos. Atenção Farmacêutica. Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

#### Correspondência:

Patrícia Sodré Araújo  
Universidade do Estado da Bahia  
Al. Praias do Descobrimento, 256,  
Edifício Trancoso, ap. 101  
Boca do Rio  
41705-710 Salvador, BA, Brasil  
E-mail: patrisodre@gmail.com

**Recebido:** 19 abr 2016

**Aprovado:** 23 jan 2017

**Como citar:** Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, Acurcio FA, Guibu IA, Álvares J, et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:6s.

**Copyright:** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



## INTRODUÇÃO

A morbimortalidade relacionada a medicamentos tem sido apontada como importante problema de saúde pública no mundo<sup>6,14,17</sup>. No Brasil, estudos têm mostrado o impacto sobre a sociedade e sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3,25</sup>. Entre os problemas associados ao uso de medicamentos destacam-se os referentes à indicação, efetividade, segurança e adesão. Esses problemas produzem morbidade e mortalidade relacionadas a essas tecnologias que resultam em elevado impacto social, no âmbito clínico, humanístico e econômico. Os principais fatores de risco associados à ocorrência desses problemas incluem idade, presença de comorbidades e polifarmacoterapia<sup>10,14,25</sup>. Prevenir e minimizar este impacto requer ações que interfiram no processo de uso de medicamentos pelos usuários, por meio do gerenciamento da terapia medicamentosa<sup>6,17</sup>, desafios importantes da agenda atual da assistência farmacêutica no Brasil.

Em vários países<sup>5,7,9,21,23,27</sup> a atenção farmacêutica<sup>a</sup> tem sido assumida como política estratégica para a redução do impacto da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos<sup>6,12,17</sup>. No Brasil, integra a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). No entanto, os trabalhos de pesquisas sobre essa temática são escassos, até mesmo em trabalhos que abordam políticas farmacêuticas que prescrevem estas práticas em seus dispositivos, a exemplo do componente especializado da assistência farmacêutica. Os trabalhos que estudam como tais atividades acontecem no SUS e seus resultados são também incipientes.

A temática da atenção farmacêutica encontra algumas dificuldades, principalmente no que concerne à compreensão do seu significado. Em todo o mundo, a definição adotada por Hepler e Strand<sup>10</sup> (1990) é considerada como um marco consensual, mas no Brasil, o que se denomina como atenção farmacêutica assume significados distintos no que denominaríamos de “mundo da ciência” e o como as políticas no âmbito da assistência farmacêutica a compreendem. As diferenças operam no plano epistemológico e se reproduzem na prática.

As denominações que têm sido amplamente utilizadas entre os farmacêuticos para designar serviços de caráter clínico são: serviços cognitivos farmacêuticos, consulta farmacêutica, orientação farmacêutica, educação do paciente, farmácia clínica e atenção farmacêutica/seguimento farmacoterapêutico/gerenciamento da terapia medicamentosa. Em diversos países, a denominação adotada para atividades de natureza clínica, a forma como executam e os aspectos organizativos, traduzem (ou não) os elementos que revelam o embasamento filosófico, o *modus operandi* e os aspectos gerenciais dessas atividades de natureza clínica<sup>17,19</sup>.

Para além do “quadro nebuloso”<sup>17</sup> que envolve aquilo que se denomina atenção farmacêutica, neste estudo compreende-se por atividade farmacêutica de natureza clínica toda atividade realizada diretamente com o usuário e que tenha a finalidade de atender as necessidades dos pacientes relacionadas ao uso de medicamentos e que expressem elementos filosóficos. Conforme Cipolle, Strand e Morley<sup>6</sup> (p. 73), *“a filosofia da atenção farmacêutica inclui diversos elementos. Começa com a afirmação de uma necessidade social; continua com um enfoque centrado no paciente para satisfazer esta necessidade; tem como elemento central o cuidado a outra pessoa mediante o desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica, e finaliza com uma descrição das responsabilidades concretas do profissional”*. Ademais, um processo de cuidado formal, ou seja, o *modus operandi* do cuidado e aspectos gerenciais.

Existem no Brasil políticas farmacêuticas específicas que atribuem ao farmacêutico o exercício das atividades de natureza clínica – denominada na PNAF de atenção farmacêutica. Além disso, há lacunas quanto às informações sobre a realização ou não dessas atividades na atenção básica no SUS. Considerado isso, o presente estudo teve por objetivo caracterizar as atividades de natureza clínica desenvolvidas pelos farmacêuticos nas unidades básicas de saúde do SUS e sua participação em atividades educativas de promoção da saúde.

<sup>a</sup> Atenção Farmacêutica na Política Nacional de Assistência Farmacêutica é definida como ação da assistência farmacêutica, considerada um modelo de prática realizada pelo farmacêutico. Na política, o *modus operandi* dessa prática inclui a interação direta do farmacêutico 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.

## MÉTODOS

Este estudo integra a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) – Serviços, cujo objetivo foi caracterizar a organização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde no SUS, com vistas ao acesso e à promoção do uso racional de medicamentos, bem como identificar e discutir os fatores que interferem na consolidação da assistência farmacêutica no âmbito municipal.

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra de serviços de atenção básica, em municípios representativos das regiões do Brasil. Várias populações de estudo foram consideradas no plano de amostragem, com amostras estratificadas pelas regiões, que constituem domínios do estudo. Foram realizadas entrevistas presenciais com usuários, médicos e responsáveis pela entrega dos medicamentos nos serviços de atenção básica do SUS, além de observação dos serviços farmacêuticos e entrevistas telefônicas com os responsáveis pela assistência farmacêutica e os secretários de saúde dos municípios selecionados. A metodologia da PNAUM, bem como o processo amostral estão descritos detalhadamente em Álvares et al.<sup>1</sup>

No presente artigo, foram selecionados apenas os farmacêuticos entre os responsáveis pela entrega de medicamentos. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória com variáveis selecionadas.

A caracterização das atividades farmacêuticas de natureza clínica ocorreu com base nas informações de farmacêuticos que informaram realizar essa atividade em resposta à seguinte questão: “O(A) Sr.(a) realiza alguma atividade que tenha caráter clínico?” A partir da afirmativa a essa pergunta buscou-se identificar as denominações e a importância atribuída pelos farmacêuticos que declararam realizar a atividade; entre os demais, os motivos para a não realização.

A relação das denominações das atividades de natureza clínica incluídas no roteiro de entrevistas considerou aquelas de maior frequência de uso nas publicações da revisão de literatura: atenção farmacêutica, seguimento farmacoterapêutico, farmácia clínica, consulta farmacêutica, orientação farmacêutica, cuidado farmacêutico. Também constou do roteiro um campo para ‘outras denominações’, cujos resultados tiveram pequena frequência e não foi objeto de análise nesse artigo. Ademais foram incluídas perguntas visando configurar a presença de elementos filosóficos<sup>6,16</sup> da referida atividade e do processo de cuidado prestado ao usuário; além disso, elementos de um sistema de gestão com recursos materiais e humanos organizados, necessários à realização das atividades.

Considerando as diferentes concepções de atividades de natureza clínica<sup>2,6,17</sup>, buscou-se a participação em atividades educativas/de promoção da saúde, por serem atividades de natureza diversa da dispensação ou das funções gerenciais próprias das atividades farmacêuticas.

Os dados foram analisados utilizando o *software* SPSS<sup>®</sup> versão 21. As análises levaram em conta os pesos amostrais e a estrutura do plano de análise para amostras complexas. Foi realizada uma análise descritiva das variáveis utilizadas no estudo, apresentadas segundo as regiões do Brasil com intervalo de 95% de confiança.

A PNAUM foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, mediante Parecer nº 398.131/2013 e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 1.139 responsáveis pela entrega de medicamentos, entre os quais 285 eram farmacêuticos (32,7%), 106 auxiliares de farmácia (10,6%), 141 enfermeiros (11,5%), 115 auxiliares de enfermagem (8,3%) e 492 informaram outras profissões ou ocupações (37%). Do total de farmacêuticos entrevistados, 79 (21,4%) afirmaram realizar atividades de natureza clínica.

Entre os 285 farmacêuticos entrevistados, mais de 3/4 encontravam-se na faixa etária de 30 a 59 anos. No Brasil, predominou o sexo feminino (exceto na região Centro-Oeste) e a escolaridade em nível de pós-graduação *latu sensu*, cujo maior percentual foi alcançado pela região Nordeste, onde não eram mestres nem doutores (Tabela 1).

Observa-se na Tabela 2 que do total de farmacêuticos entrevistados pouco mais de 1/5 afirmou realizar alguma atividade de natureza clínica; o maior percentual na Região Nordeste (47,5%) e o menor na Região Sul (6,0%).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos farmacêuticos da Atenção Básica segundo regiões do Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, 2015. (n = 285)

Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	% (IC95%)					
<b>Sexo</b>						
Feminino	68,5 (54,9–79,6)	69,6 (29,1–92,7)	49,9 (29,1–70,7)	60,9 (40,9–77,8)	84,8 (70,1–92,9)	64,6 (50,8–76,3)
Masculino	31,5 (20,4–45,1)	30,4 (7,3–70,9)	50,1 (29,3–70,9)	39,1 (22,2–59,1)	15,2 (7,1–29,9)	35,4 (23,7–49,2)
<b>Cor da pele</b>						
Branca	65,2 (50,1–77,8)	79,6 (45,2–94,8)	77,6 (61,8–88,1)	82,6 (69,9–90,6)	93,5 (77,4–98,3)	82,8 (74,7–88,6)
Preta	–	11,3 (1,6–49,8)	1,4 (0,3–6,2)	0,7 (0,2–2,0)	–	1,5 (0,6–4,2)
Amarela	–	–	–	1,7 (0,3–9,5)	–	1,0 (0,2–6,4)
Parda	33,6 (21,1–48,8)	9,1 (4,2–18,7)	21,0 (10,7–37)	15,1 (7,3–28,4)	6,5 (1,7–22,6)	14,6 (9,1–22,6)
Indígena	1,2 (0,2–8,3)	–	–	–	–	0,1 (0–0,4)
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	32,7 (17,8–52,0)	10,0 (1,2–50,8)	61,1 (39,6–79,0)	32,2 (20,1–47,2)	37,7 (20,2–59,2)	34,1 (24,9–44,6)
Casado	59,2 (40,8–75,3)	47,6 (9,5–88,7)	37,5 (19,7–59,5)	57,9 (41,7–72,6)	55,7 (34,3–75,1)	54,7 (42,7–66,1)
União estável	7,0 (2,4–18,2)	1,9 (0,2–13,3)	0,2 (0–1,7)	4,7 (1,0–19,0)	4,4 (1,2–15,2)	4,0 (1,3–11,6)
Divorciado	1,2 (0,2–8,3)	40,6 (5,5–89)	1,2 (0,2–8,5)	4,2 (2,0–8,6)	2,2 (0,3–12,7)	6,6 (2,3–17,9)
Viúvo	–	–	–	1,0 (0,2–4,4)	–	0,6 (0,1–2,9)
<b>Faixa etária (anos)</b>						
18–29	36,0 (22–52,9)	9,0 (0,9–51,7)	36,3 (17,6–60,2)	23,8 (12,8–39,9)	19,7 (8,9–38)	23,6 (15,6–34,1)
30–59	64,0 (47,1–78)	91,0 (48,3–99,1)	58,9 (34,3–79,6)	74,1 (58,3–85,4)	76,5 (56,8–88,9)	74,0 (63,5–82,3)
60 ou mais	–	–	4,9 (0,6–29,5)	2,1 (0,8–5,8)	3,9 (0,5–24,3)	2,4 (1,0–5,5)
<b>Escolaridade</b>						
Pós-graduação <i>latu sensu</i>	38,3 (24,9–54,6)	65,7 (17,3–94,6)	35,1 (14,9–62,5)	35,2 (21,5–51,8)	51,2 (29,9–72,1)	40,4 (29,4–52,6)
Mestrado ou doutorado	2,4 (0,6–9,2)	–	7,3 (1,6–27,2)	12,6 (2–50,2)	2,5 (0,4–12,3)	9,0 (1,8–34,2)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

**Tabela 2.** Realização de atividades de natureza clínica, denominação e importância atribuída pelos farmacêuticos da Atenção Básica, segundo regiões do Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, 2015.

Dimensão/Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	% (IC95%)					
<b>Atividades de natureza clínica</b>						
Realiza (n = 79)	29,8 (18,3–44,8)	47,5 (11,1–86,8)	20,2 (5,9–50,8)	21,2 (12,3–33,9)	6,0 (1,5–21,5)	21,3 (13,6–31,9)
Não realiza (n = 206)	69,7 (55,2–81,7)	52,5 (13,2–88,9)	79,8 (49,2–94,1)	78,8 (66,1–87,7)	94,0 (78,5–98,5)	78,6 (68,1–86,4)
<b>Motivos para não realizar (n = 206)</b>						
Não dispõe de espaço físico	56,0 (37,0–73,4)	82,8 (29,3–98,2)	56,3 (28,4–80,7)	42,1 (24,4–62,1)	43,7 (23,3–66,5)	46,7 (33,4–60,5)
Não dispõe de tempo	49,1 (29,9–68,7)	19,0 (2,3–70,5)	58,6 (36,8–77,5)	50,6 (30,9–70)	28,7 (15,9–46,2)	45,4 (32,0–59,6)
Nunca foi solicitado para realizá-las	44,1 (26,0–64,0)	84,4 (66,9–93,6)	58,1 (30,5–81,4)	49,9 (29,9–69,9)	52,7 (30,1–74,3)	53,0 (38,6–67,0)
Outros	7,9 (1,8–28,4)	–	15,2 (5,6–35,2)	7,4 (2,7–18,9)	21,3 (9,2–41,8)	10,4 (5,8–17,8)
<b>Denominação (n = 79)</b>						
Atenção farmacêutica	61,4 (36,2–81,7)	2,0 (0,1–21,6)	29,4 (5,3–75,8)	45,8 (23,2–70,3)	35,4 (4,3–87,1)	36,2 (18,5–58,7)
Seguimento farmacoterapêutico	3,4 (0,5–21,2)	–	–	4,7 (0,8–22,8)	–	3,1 (0,6–14,5)
Farmácia clínica	–	4,8 (0,4–41,5)	–	1,4 (0,3–5,8)	–	1,8 (0,5–6,2)
Consulta farmacêutica	10,9 (1,6–48,4)	2,0 (0,1–21,6)	66,0 (19,1–94,1)	16,0 (6,2–35,4)	–	17,1 (6,8–36,9)
Orientação farmacêutica	24,3 (10,4–47,2)	91,3 (53,0–99,0)	4,6 (0,4–34,9)	25,6 (9,6–52,6)	64,6 (12,9–95,7)	37,9 (17,2–64,2)
Cuidado farmacêutico	–	–	–	6,5 (1,7–21,6)	–	4,0 (1,1–13,9)
<b>Importância (n = 79)</b>						
Muito importante	95,9 (75,4–99,5)	98,0 (78,4–99,9)	90,8 (56,9–98,7)	83,2 (62,1–93,8)	35,4 (4,3–87,1)	85,5 (69,6–93,8)
Importante	4,1 (0,5–24,6)	–	9,2 (1,3–43,1)	16,8 (6,2–37,9)	64,6 (12,9–95,7)	14,2 (6,0–30,0)
Pouco importante	–	2,0 (0,1–21,6)	–	–	–	0,4 (0,1–2,8)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

Os principais motivos alegados pelos farmacêuticos para não realizar tais atividades foram: nunca ter sido solicitado, não dispor de espaço físico e de tempo. Outros motivos citados incluem a ausência de formação específica, a falta de incentivo pelo município, a ausência de estrutura física, pessoal insuficiente na farmácia etc.

As principais denominações atribuídas a essas atividades foram orientação farmacêutica (Nordeste e Sul) e atenção farmacêutica (Norte e Sudeste). Na Região Centro-Oeste foi mais frequente a denominação consulta farmacêutica; a denominação cuidado farmacêutico foi observada apenas no Sudeste; farmácia clínica, somente nas regiões Sul e Sudeste. Não foi possível investigar os fatores explicativos dessas diferenças de denominações.

As funções mais frequentes desempenhadas concomitantemente com as atividades de natureza clínica foram: dispensação de medicamentos (93,6%), responsabilidade técnica pela farmácia (90,5%), supervisão de outros funcionários da farmácia (74,5%), atividades com a equipe de saúde (61,2%).

No Nordeste, 100% dos farmacêuticos que afirmaram desenvolver atividades de natureza clínica referiram realizar também a dispensação de medicamentos, enquanto no Centro-Oeste a dispensação foi uma função declarada por apenas 32,9% dos farmacêuticos que executavam atividades de natureza clínica. Quando interrogados sobre a importância que atribuem a tais atividades, a maioria dos farmacêuticos que realizam atividade de natureza clínica considerou muito importante (85,5%) ou importante (14,2%).

Conforme a Tabela 3, as condições e os modos de realização das atividades farmacêuticas de natureza clínica variaram entre as regiões. A maioria dos farmacêuticos afirmou realizar tais atividades principalmente em conjunto com médicos e enfermeiros. Entre o total de farmacêuticos entrevistados no estudo, 1/4 deles afirmou raramente participar de reuniões com a equipe de saúde e 1/5 nunca participou (Tabela 5).

O estudo identificou que, no Brasil, o registro das atividades de natureza clínica é feito principalmente no prontuário do usuário, em sistema informatizado e em documento próprio

**Tabela 3.** Caracterização das atividades de natureza clínica realizadas pelos farmacêuticos da Atenção Básica, segundo regiões do Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, 2015. (n = 79)

Dimensão/Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	% (IC95%)					
Para quem são ofertadas						
Para todos os usuários	32,0 (14,5–56,6)	85,4 (39,6–98,1)	12,0 (1,7–51,3)	49,5 (26,4–72,9)	4,0 (0,4–32,5)	49,8 (27,9–71,8)
Para usuários que solicitam	33,4 (13,3–62,2)	5,9 (0,6–38,9)	73,1 (27,5–95,1)	5,5 (1,6–17,6)	64,6 (12,9–95,7)	16,3 (6,4–35,5)
Para usuários com dificuldades no uso de medicamentos	30,5 (12,7–56,8)	6,7 (0,7–43,2)	12,6 (2,1–49,0)	28,8 (11,4–54,8)	27,3 (2,6–84,1)	23,0 (10,7–42,8)
Para grupos específicos	4,1 (0,5–24,6)	2,0 (0,1–21,6)	2,3 (0,3–14,0)	16,2 (6,3–35,5)	4,0 (0,4–32,5)	10,9 (4,5–24,0)
Recursos disponíveis						
Local específico	46,5 (23,6–70,9)	5,9 (0,6–38,9)	77,7 (33,5–96,0)	50,8 (27,6–73,7)	4,0 (0,4–32,5)	42,4 (22,4–65,3)
Sistema de registro						
Sistema informatizado	34,3 (14,5–61,6)	2,0 (0,1–21,6)	73,1 (27,5–95,1)	53,6 (29,5–76,1)	68,6 (14,6–96,5)	45,1 (24,7–67,2)
Registro próprio arquivado na farmácia	50,5 (26,7–74,1)	8,7 (1,0–47,0)	83,7 (43,3–97,2)	38,5 (18,1–63,8)	96,0 (67,5–99,6)	40,3 (21,5–62,4)
Prontuário do usuário	42,4 (20,6–67,7)	6,7 (0,7–43,2)	13,1 (2,0–52,4)	65,6 (37,9–85,7)	72,7 (15,9–97,4)	48,2 (26,9–70,1)
Outros	3,4 (0,5–21,2)	–	–	6,2 (1,9–18,0)	68,6 (14,6–96,5)	4,0 (1,3–11,4)
Capacitação e treinamento	49,7 (26,1–73,4)	98,0 (78,4–99,9)	89,5 (54,2–98,4)	56,5 (30,5–79,3)	8,0 (1,1–40,5)	65,2 (41,6–83,1)
Interação com a equipe de saúde						
Médicos	–	–	–	–	–	–
Enfermeiros	62,7 (35,9–83,5)	6,7 (0,7–43,2)	14,0 (2,4–51,7)	57,5 (31,9–79,6)	35,4 (4,3–87,1)	42,9 (23,7–64,4)
Nutricionistas	54,6 (29,9–77,3)	8,7 (1,0–47,0)	14,0 (2,4–51,7)	57,9 (32,1–80,0)	35,4 (4,3–87,1)	43,0 (23,8–64,5)
Odontólogos	22,6 (7,1–52,6)	6,7 (0,7–43,2)	5,7 (0,7–34,3)	36,6 (17,4–61,3)	31,4 (3,5–85,4)	26,8 (13,2–47,0)
Outro	50,5 (26,7–74,1)	4,8 (0,4–41,5)	5,7 (0,7–34,3)	29,6 (12,2–55,8)	31,4 (3,5–85,4)	23,8 (11,1–43,9)
Outro	12,2 (3,7–33,1)	–	1,1 (0,1–11,1)	5,5 (2,4–12,2)	27,3 (2,6–84,1)	5,3 (2,5–11,2)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

arquivado na farmácia, nesta ordem. Os maiores percentuais de registro dessas atividades foram encontrados no Sudeste e Centro-Oeste; no Nordeste os percentuais de registro foram ínfimos (2%; 8,7% e 6,7% respectivamente).

No Brasil, aproximadamente a metade dos entrevistados informou que as atividades farmacêuticas de natureza clínica são ofertadas a todos os usuários da unidade de saúde; esta foi a resposta mais frequente na região Nordeste. Na Centro-Oeste essas atividades são oferecidas com mais frequência apenas aos usuários que solicitam.

Mais da metade dos farmacêuticos entrevistados informou que recebeu algum treinamento.

Conforme a Tabela 4, o fornecimento de informações pelos farmacêuticos sobre o uso e o armazenamento de medicamentos em casa, no momento da entrega, varia entre as regiões. A região Centro-Oeste se destaca em fornecer essas informações, enquanto o Nordeste se coloca com os menores percentuais. A expressiva maioria dos farmacêuticos, no Brasil, afirma informar sobre o uso de medicamentos, e pouco mais da metade informa sobre o armazenamento em casa. Desse modo, o fornecimento de informações sobre o uso sobrepasa a informação sobre o armazenamento do medicamento em casa, o que pode indicar que os farmacêuticos desconsideram a falta de informação dos usuários sobre os cuidados necessários à preservação da qualidade do medicamento.

A Tabela 5 mostra que, no Brasil, apenas cerca de 1/3 dos entrevistados informaram participar de outras atividades realizadas na unidade de saúde. Em geral, a participação dos farmacêuticos nessas atividades varia entre as regiões. O Centro-Oeste expressou o menor percentual de participação de farmacêuticos em outras atividades na unidade de saúde; apesar disso, os percentuais de participação nas atividades entre estes foram mais expressivos quando comparado a outras regiões, exceto no tocante à prevenção e controle da obesidade. É no Nordeste que os farmacêuticos menos se envolvem em atividades de planejamento familiar, e nada em programas de atividade física.

Chama a atenção que as atividades de prevenção e controle de obesidade e aquelas de incentivo a atividades físicas são as de menor participação dos farmacêuticos, exatamente as que menos requerem o uso de medicamentos por serem mais relacionadas ao estilo de vida. No entanto, observou-se no Brasil uma participação relevante dos farmacêuticos em atividades que envolvem outros setores e a própria comunidade (Tabela 5), exceto na região Nordeste; tais atividades poderiam se aproximar da promoção da saúde.

**Tabela 4.** Informações fornecidas pelos farmacêuticos sobre o uso e armazenamento de medicamentos no momento da dispensação na atenção básica, segundo regiões do Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, 2015. (n = 285)

Dimensão/Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	% (IC95%)					
<b>Informações sobre o uso dos medicamentos</b>						
Sempre	93,1 (81–97,7)	71 (24,1–95,0)	97,6 (84,1–90,7)	76,1 (51,6–90,5)	82,3 (53,3–95)	79,5 (62,8–89,9)
Repetidamente	–	24,3 (3,2–75,6)	2,4 (0,3–15,9)	2,2 (0,9–5,3)	3,6 (0,8–13,9)	4,2 (1,5–11,4)
Às vezes	3,6 (1,1–11,0)	0,9 (0,1–7,8)	–	9,6 (3,9–22,1)	14,2 (3,0–47,0)	8,4 (3,0–17,1)
Raramente	3,2 (0,5–19,8)	0,9 (0,1–7,8)	–	12,1 (1,9–49,5)	–	7,6 (1,2–35,7)
Nunca	–	2,8 (0,5–14,5)	–	–	–	0,2 (0,1–1,1)
<b>Informações sobre o armazenamento dos medicamentos</b>						
Sempre	59,2 (43,3–73,4)	23,5 (5,7–60,9)	67,7 (46,3–86,4)	58,6 (39,8–75,2)	53,8 (32,5–73,7)	55,8 (43–67,8)
Repetidamente	2,4 (0,3–15,5)	–	8,7 (2,0–31,1)	5,9 (3,0–11,3)	0,2 (0–1,8)	4,7 (2,6–8,2)
Às vezes	18,0 (9,0–32,6)	47,5 (11,1–86,8)	5,7 (2,0–14,9)	34,6 (18,1–56,0)	36,6 (18,8–59,1)	32,4 (20,3–47,5)
Raramente	5,7 (2,0–14,9)	24,3 (3,2–75,6)	8,5 (2,1–29,2)	0,6 (0,2–1,6)	1,6 (0,2–11,1)	3,8 (1,2–11,4)
Nunca	14,7 (6,1–31,3)	4,7 (1,1–17,4)	9,4 (3,5–23,1)	–	7,7 (1,1–38,7)	3,2 (1,4–7,2)

Fonte: PNAUM Serviços – Brasil, 2015.

**Tabela 5.** Participação dos farmacêuticos em outras atividades na atenção básica, segundo regiões do Brasil. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, 2015. (n = 285)

Dimensão/Variável	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Brasil
	% (IC95%)					
Participação em reuniões da equipe de saúde						
Sempre	46,9 (32–62,3)	19,4 (4,3–56,1)	26,2 (12,5–46,9)	43,6 (28,5–59,9)	41,9 (23,6–62,6)	39,6 (29,2–51,0)
Repetidamente	4,6 (1,1–16,7)			5,4 (2,3–12,2)	2,1 (0,4–9,8)	3,8 (1,8–7,9)
Nunca	21,4 (10,8–38,0)	4,7 (1,3–15,8)	23,5 (9,2–48,2)	18,3 (9,8–31,4)	30,6 (12,8–57,0)	19,7 (12,7–29,2)
Às vezes	3,5 (0,8–13,9)	47,8 (11,3–86,9)	26 (9,2–54,9)	8,2 (3,4–18,5)	1,9 (0,3–12,9)	12,3 (6,1–23,0)
Raramente	23,6 (13,3–38,5)	28,1 (4,7–75,7)	24,3 (11,5–44,3)	24,6 (10,3–48,0)	23,5 (10,4–44,9)	24,7 (14,1–39,5)
Participação em outras atividades nas unidades de saúde						
Não	47,7 (32,9–93,0)	55,2 (15,8–89)	74,4 (54,1–87,8)	72,4 (59,0–82,7)	45,8 (25,8–67,1)	65,9 (55,5–75,0)
Sim	52,3 (37,0–67,1)	44,8 (11–84,2)	25,6 (12,2–45,9)	27,6 (17,3–41,0)	54,2 (32,9–74,2)	34,1 (25–44,5)
Atividades						
Com outros setores (educação, assistência social, ambiente etc.)	63,4 (39,6–82,1)	36,4 (6,7–82,0)	71,3 (41,2–89,9)	61,9 (40,2–79,7)	67,7 (36,1–88,6)	61,2 (30,2–56,5)
Organizativas da comunidade	44,1 (23,9–66,4)	12,0 (1,3–59,1)	77,6 (51,1–92)	37,6 (21,6–56,8)	40,4 (18,8–66,4)	38,8 (27–52,2)
Mutirão para solução de problemas na comunidade	67,8 (44,6–84,6)	41,4 (7,8–85,6)	89,1 (69,5–96,7)	32,1 (18,5–49,6)	44,5 (20,5–71,3)	42,9 (30,2–56,5)
Para a preservação da natureza	21,4 (8,1–45,6)	2,1 (0,2–17,5)	36,6 (12,7–69,7)	24,0 (11,9–42,5)	38,0 (15,7–66,9)	25,8 (15,9–38,9)
Prevenção e controle de obesidade	47,4 (26,4–69,4)	5,1 (0,5–35,1)	17,9 (3,5–56,9)	28,7 (15,0–47,9)	45,4 (21,2–72,0)	30,5 (19,8–43,9)
Atividades físicas	17,8 (5,6–44,2)	–	25,1 (7,1–59,8)	22,2 (11,6–38,5)	31,3 (13,1–57,9)	21,9 (13,8–33,0)
Prevenção e controle de hipertensão e diabetes	80,2 (54,9–93,1)	39,4 (7,4–84,1)	90,9 (71–97,6)	75,0 (37,6–91,0)	71,2 (37,6–91,0)	71,5 (53,8–84,4)
Controle ambiental de doenças (ex.: combate à dengue)	47,9 (27,0–69,7)	93,7 (73,6–98,8)	90,7 (68,7–97,8)	30,3 (16,9–48,2)	46,0 (21,6–72,4)	47,1 (33,5–61,2)
Prevenção de câncer de colo de útero	52,3 (30,4–73,3)	25,3 (4,0–73,1)	75,1 (45,6–91,6)	31,7 (18,0–49,5)	53,1(26,8–77,8)	40,9 (28,6–54,4)
Prevenção de câncer de próstata	37,4 (18,7–60,7)	25,3 (4,0–73,1)	65,6 (35,1–87,1)	28,3 (15,4–46)	56,1 (28,9–80,1)	38,3 (26,3–51,8)
Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	65,2 (41,4–83,2)	83,8 (40,5–97,5)	86,9 (55,7–97,2)	53,1 (32,9–72,3)	58,6 (30,6–81,9)	61,3 (46,2–74,5)
Planejamento familiar	69,8 (46,8–85,9)	9,2 (1,7–37,7)	42,8 (16,3–74,2)	38,4 (22,6–57,0)	33,8 (14,7–60,2)	36,3 (25,2–49,0)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

## DISCUSSÃO

Embora ainda incipientes, as atividades de natureza clínica ocorrem na atenção básica no Brasil, em proporções desiguais em todas as regiões.

Em geral, essas atividades requerem recursos mínimos para sua realização: condições que assegurem privacidade na relação terapêutica farmacêutico/paciente, critérios para a oferta do serviço, documentação e treinamento, entre outros<sup>6,11,15,21,24</sup>.

No presente estudo, a maioria dos farmacêuticos que afirmaram realizar atividades de natureza clínica também declarou não dispor de um local específico para realizá-las, condição essencial à preservação da privacidade e confidencialidade nas atividades com o usuário. A privacidade pode ser definida como a vontade pessoal de manter em segredo fatos intimamente ligados à pessoa; o sigilo das informações assegura a confidencialidade. A garantia da privacidade e da confidencialidade contribui para que a relação terapêutica seja mais interativa e resolutiva<sup>6,17</sup>.

Foi possível identificar um conjunto de dificuldades para a realização dessas atividades, conforme os farmacêuticos entrevistados. Os motivos, em geral, remetem a problemas estruturais ou a excesso de atividades sob responsabilidade do farmacêutico; esses mesmos problemas também foram relatados por aqueles que informaram realizar atividades de natureza clínica desempenhadas concomitantemente com outras funções.

A incipiente institucionalização das atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no SUS, associada a deficiências dos serviços relativas à própria implementação da Política de Assistência Farmacêutica<sup>4</sup>, ainda limitada no conjunto de suas diretrizes, podem explicar o pouco desenvolvimento dessas atividades. Embora a maioria dos farmacêuticos as reconheçam como importantes somente uma pequena parcela deles as realizam atualmente.

Em diversos países, um aspecto importante das atividades de natureza clínica diz respeito à organização de serviços com tal finalidade e o caráter de dedicação exclusiva por parte de quem executa essas atividades. Os farmacêuticos que se envolvem nesses serviços não são autorizados pelos sistemas de saúde ou pelos órgãos de classe para desempenhar outras atividades, visando prevenir conflitos de interesse, como também para otimizar o trabalho que realizam<sup>11,21,24</sup>.

Dificuldades identificadas quanto aos recursos necessários para a realização dessas atividades, na atenção básica no Brasil, indicam certa improvisação que demanda um esforço dos profissionais, além de não contarem com critérios que permitam racionalizar a oferta dessas atividades nos serviços de saúde.

Em diversos países a qualificação e o treinamento para qualquer atividade farmacêutica de natureza clínica são requisitos; tanto treinamentos iniciais quanto periódicos, tendo em vista a singularidade de competências e habilidades requeridas<sup>5,6,11,23,27</sup>. Ademais, a necessidade não satisfeita de qualificação específica dos farmacêuticos dificulta a compreensão dos princípios filosóficos estabelecidos para as atividades de natureza clínica, ou seja: os valores, as responsabilidades, as funções e atividades, assim como o *modus operandi* do processo de cuidado e do gerenciamento dessas atividades<sup>6,13,19,27</sup>.

Quanto aos critérios para a oferta do serviço, conforme a literatura, os mais utilizados consideram os pacientes com maior risco de experimentar problemas farmacoterapêuticos e que possuam condições clínicas crônicas. Essa estratégia direciona recursos e esforços no sentido de atender grupos nos quais o impacto das intervenções farmacêuticas são maiores<sup>6,11,24,27</sup>.

Não foi possível neste estudo aprofundar a análise das diversas sistemáticas de registro das atividades de natureza clínica. Observou-se que, no Brasil, os percentuais de registro nas três modalidades foram muito próximos e chama a atenção que apesar de o Nordeste ser a região que mais declarou realizar atividades de natureza clínica, foram insignificantes os percentuais de registro dessas atividades.

Ressalte-se que o registro próprio arquivado na farmácia pode dificultar a circulação das informações entre os profissionais envolvidos com o cuidado ao usuário. Já a ausência de registro indica baixo grau de institucionalização dessas atividades de acordo com as premissas filosóficas requeridas para uma prática relacionada ao cuidado, para atender necessidades farmacoterapêuticas dos usuários dos serviços de saúde<sup>6,17</sup>.

O registro das intervenções farmacêuticas e a troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde podem contribuir para a promoção do uso seguro e racional de medicamentos. O registro das atividades farmacêuticas de natureza clínica sistematiza o acompanhamento da terapia medicamentosa utilizada pelos usuários e possibilita avaliar a necessidade, a segurança e a efetividade da utilização de medicamentos, o que proporciona resultados mais favoráveis durante a farmacoterapia<sup>6,18</sup>.

A participação dos distintos profissionais de saúde – entre os quais o farmacêutico – em reuniões clínicas costuma ser indicativo de um reconhecimento, pela equipe de saúde, do lugar de cada um no cuidado aos usuários. A interação com outros profissionais da equipe de saúde ocorre em diversos modelos de prática farmacêutica clínica e é recomendada<sup>6,12,19</sup>.

A filosofia da prática farmacêutica de natureza clínica<sup>2,6,17</sup> reforça a necessidade dessa interação, por se entender também que isto contribui para assegurar a integralidade do

cuidado. A interação entre os profissionais é essencial para que a totalidade dos recursos e competências necessárias estejam disponíveis para a solução dos problemas de saúde da população. Ademais, porque o cuidado se fundamenta também em diferentes processos de decisão interdisciplinares e na complementariedade dos saberes para promover o cuidado o mais adequado possível às pessoas<sup>6</sup>.

Neste trabalho, as denominações conferidas às atividades de natureza clínica revelaram que as expressões orientação e atenção farmacêutica são as que apresentaram maior frequência entre os farmacêuticos que realizam tais atividades. No entanto, para além da problemática da denominação, identificou-se, entre os entrevistados, um entendimento de que as atividades que realizam na dispensação corresponderiam às atividades farmacêuticas de natureza clínica. Isso pode estar relacionado à insuficiente discussão conceitual e filosófica no país sobre a atenção farmacêutica e as próprias disputas do campo científico<sup>2,19,16,22,26</sup>.

Chama a atenção que, no Nordeste, todos os farmacêuticos que afirmaram realizar atividades de natureza clínica referiram realizar também a dispensação de medicamentos. Dado que a dispensação abrange orientação aos usuários, é possível que, entre esses farmacêuticos exista um entendimento de que as atividades de natureza clínica que declararam realizar sejam principalmente a dispensação, pois a denominação mais frequentemente atribuída àquelas atividades foi exatamente orientação farmacêutica.

Diferentemente das demais regiões, no Centro-Oeste a dispensação foi uma função referida por 32,9% dos farmacêuticos que afirmaram desenvolver atividades de natureza clínica. Posto que, nesta região a denominação mais frequentemente atribuída às atividades de natureza clínica foi consulta farmacêutica, é possível que haja, entre esses farmacêuticos, um entendimento mais claro da natureza dessas atividades e da dispensação.

A dispensação requer que o farmacêutico informe, oriente e eduque sobre o uso de medicamentos. Tal atividade, própria deste profissional – fundamental para o uso adequado dessa tecnologia – não implica, necessariamente, que o farmacêutico dispensador deva assumir a responsabilidade pelos resultados da farmacoterapia do paciente, o que é requerido daqueles que realizam a atenção farmacêutica<sup>2,6,12,15,17,21</sup>.

No caso brasileiro, a escolha por uma definição de atenção farmacêutica que inclui as atividades de dispensação, orientação e educação em saúde pode dificultar o entendimento do que caracterizaria o que é próprio ou inovador nas atividades de natureza clínica<sup>12,16,17,19</sup>.

Foi observado neste estudo pequena participação dos farmacêuticos em atividades educativas e relacionadas à promoção da saúde nos serviços da atenção básica, o que indica que este profissional ainda não está bem integrado na equipe de saúde e que a assistência farmacêutica ainda mantém certo isolamento das demais ações de saúde. O envolvimento dos farmacêuticos em atividades menos medicalizadas<sup>8</sup> pode estar relacionado com a manutenção da centralidade do medicamento nas práticas farmacêuticas.

Na perspectiva da promoção do uso racional de medicamentos, estratégias que impactam na redução da morbimortalidade relacionada a essas tecnologias podem ser de natureza clínica e podem incluir também ações educativas de abrangência coletiva<sup>20</sup>. No entanto, estas ações não se confundem com as atividades farmacêuticas de natureza clínica em experiências observadas em outros países<sup>2,17,19</sup>.

Este estudo levanta um conjunto de questões ainda não investigadas e outras que requerem aprofundamento. É relevante investigar como ocorreu a implantação dessas atividades em políticas farmacêuticas de outros países e no Brasil, quais os elementos estruturantes dessas atividades clínicas e como se dá o processo de trabalho dos farmacêuticos que desempenham tais atividades no SUS. Procurou-se identificar a presença de elementos filosóficos, um processo de cuidado e aspectos gerenciais que pudessem caracterizar o que se convencionou denominar, para efeitos do presente estudo, atividades farmacêuticas de natureza clínica. No entanto, é preciso sinalizar as limitações quanto aos resultados, que não

permitiu um conhecimento mais aprofundado das regiões e seus serviços farmacêuticos, tampouco dos processos referentes às práticas de natureza clínica, desenvolvidas pelos profissionais farmacêuticos.

O enfrentamento da morbimortalidade relacionada à farmacoterapia<sup>14</sup> tem contribuído para a reorganização das práticas farmacêuticas. Embora importantes políticas farmacêuticas no Brasil tenham colocado a atenção farmacêutica como diretriz, faz-se necessário empreender esforços no sentido de institucionalizar essas atividades clínicas assegurando estrutura adequada, qualificação dos profissionais, financiamento e avaliação dos resultados para que farmacêuticos e gestores sejam estimulados a ofertar tais atividades no SUS promovendo a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em todas as suas diretrizes.

## REFERÊNCIAS

1. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:4s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>.
2. Angonesi D, Sevalho G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15 Supl 3:3603-14. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>
3. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13 Supl:611-7. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010>
4. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1207-20. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014>
5. Bussièrès JF, Roy P, Lebel D, Binette MC, Cambar J, Colombe, C. Profil de la pratique pharmaceutique de la France et du Québec et perspectives d'échange. *Pharmactuel*. 2002 [citado 8 mar 2016];35(1):30-8. Disponível em: <http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/405/72>
6. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PL. Pharmaceutical care practice: the clinician's guide. 2.ed. New York: McGraw Hill; 2004.
7. Conill EM. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Cad Saude Publica*. 2000;16(4):963-71. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400015>
8. Costa EA. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. 2.ed. aum. São Paulo: Sobravime; 2005.
9. Dauti M, Alili-Idrizi E, Malaj L. Pharmaceutical care in community pharmacy in the Republic of Macedonia: a compared study with EU countries. *Eur Sci J*. 2014 [citado 8 mar 2016];3 Spec Ed:313-8. Disponível em: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/2951>
10. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533-43.
11. Isetts BJ, Schondelmeyer SW, Artz MB, Lenarz LA, Heaton AH, Wadd WB, et al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: The Minnesota experience. *J Am Pharm Assoc*. 2008;48(2):203-14. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2008.07108>
12. Isetts BJ, Brummel, AR, Oliveira DR, Moen DW. Managing drug-related morbidity and mortality in the patient-centered. *Med Care*. 2012;50(11):997-1001. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31826ecf9a>
13. Isetts BJ. Pharmaceutical care, MTM, & payment: the past, present, & future. *Ann Pharmacother*. 2012;46(4):S47-56. <https://doi.org/10.1345/aph.1Q806>
14. Johnson JA, Bootman JL. Drug related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *Arch Intern Med*. 1995;155(18):1949-56. <https://doi.org/10.1001/archinte.1995.00430180043006>
15. Mastroianni PC, Machuca M. Conocimiento de la experiencia farmacoterapéutica de los pacientes como medio para resolver problemas farmacoterapéuticos causados por incumplimiento. *Rev OFIL*. 2012 [citado 11 fev 2017];22 N° Extr:38. FA5-oral. Disponível em: <http://www.revistadelaoofil.org/wp-content/uploads/2014/01/OFILn220.pdf>

16. Oliveira DR, Varela ND. La investigación cualitativa en Farmacia: aplicación en la Atención Farmacéutica. *Rev Bras Cienc Farm.* 2008;44(4):763-72. <https://doi.org/10.1590/S1516-93322008000400024>
17. Oliveira DR. Atenção Farmacêutica: da Filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa. São Paulo: RCN Editora; 2011.
18. Oliveira DR, Shoemaker SJ, Ekstrand M, Alves MR. Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences. *J Am Pharm Assoc.* 2012;52(1):71-80. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2012.10239>
19. Oliveira DR. Atenção Farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: Acúrcio FA, organizador. Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia. Belo Horizonte: Coopmed; 2013. p.197-227.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001 – 2002. Brasília (DF): OPAS; 2002 [citado 11 out 2012]. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=24&Itemid=965](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24&Itemid=965)
21. Pammett R, Jorgenson D. Eligibility requirements for community pharmacy medication review services in Canada. *Can Pharm J (Ott).* 2014;147(1): 20-4. <https://doi.org/doi:10.1177/1715163513514006>
22. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev Bras Cienc Farm.* 2008;44(4):601-12. <https://doi.org/10.1590/S1516-93322008000400006>
23. Perraudin C, Brion F, Bourdon O, Pelletier-Fleury N. The future of pharmaceutical care in France: a survey of final-year pharmacy students' opinions. *BMC Clin Pharmacol.* 2011;11:6. <https://doi.org/10.1186/1472-6904-11-6>
24. Shoemaker SJ, Hassol A. Understanding the landscape of MTM programs for Medicare. Part D: Results from a study for the Centers for Medicare & Medicaid Services. *J Am Pharm Assoc.* 2011;51(4):520-6. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2011.10210>
25. Souza TT, Godoy RR, Rotta I, Pontarolo R, Fernandez-Llimos F, Correr J. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Rev Cienc Farm Basica Apl.* 2014 [citado 10 fev 2017];35(4):519-32. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/view/2971/1621](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2971/1621)
26. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2007;12(1):213-20. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100024>
27. Yordanova S, Petkova V. Pharmaceutical care in some European countries, Australia, Canada and USA. *World J Pharm Sci.* 2013 [citado 11 fev 2017];2(5):2291-308. Disponível em: [http://www.wjpps.com/wjpps\\_controller/abstract\\_id/313](http://www.wjpps.com/wjpps_controller/abstract_id/313)

---

**Financiamento:** Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos e Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS – Processo 25000.111834/2, Descentralização de Recursos do FNS).

**Contribuição dos Autores:** Concepção, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo: PSA, EAC, AAG Jr., FAA, IAG, JA, KSC, MGOK, OMS, SNL. Todos os autores declaram ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

**Conflito de Interesses:** KSC declara conflito de interesses por ser ex-dirigente no Ministério da Saúde, órgão financiador da pesquisa. Os demais autores declaram não haver conflito de interesses.

**Agradecimentos:** Ao prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos, pela revisão crítica do manuscrito.