

Lucas Magedanz

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS
PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL, BRASIL**

Brasília – DF
2020

Lucas Magedanz

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS
PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de investigação: Estratégias Interdisciplinares em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dayani Galato

Brasília – DF
2020

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

MM191i Magedanz, Lucas
Implantação do Serviço de Farmácia Clínica em Hospitais
Públicos do Distrito Federal, Brasil / Lucas Magedanz;
orientador Dayani Galato. -- Brasília, 2020.
112 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências e
Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília, 2020.

1. Serviço de Farmácia Hospitalar. 2. Farmácia. 3.
Sistemas de Informação em Farmácia Clínica. I. Galato,
Dayani, orient. II. Título.

Lucas Magedanz

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS
PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL, BRASIL**

Brasília, 10/02/2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dayani Galato (Presidente)
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Sílvia Storpirtis (Membro efetivo)
Universidade de São Paulo – USP

Prof. Dr. Fernando Fernandez-Llimos (Membro efetivo)
Universidade de Lisboa

Profa. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares (Membro Suplente)
Universidade de Brasília – UnB

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por Ele ter propiciado todas as condições, sem as quais, certamente, não teria o privilégio de viver este momento! Aos meus pais, Elisa e Rudimar, por todo amor e suporte, assim como por não medirem esforços para propiciar todas as condições para meu desenvolvimento. A toda minha família, pelo suporte incondicional, especialmente meu tio e padrinho Odorico, que sempre foi um incentivador fervoroso pela busca dessa titulação.

À minha companheira, parceria, revisora, crítica, e apoiadora incondicional Eliude, por todo amor, compreensão e suporte ao longo deste processo.

À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) por proporcionar a oportunidade deste trabalho, em especial aos colegas farmacêuticos, que aceitaram o desafio de implantar o Serviço de Farmácia Clínica (SFC), e à Dr.^a Maria de Lurdes, infectologista, que acreditou na contribuição do farmacêutico integrado à equipe de saúde e incentivou a implantação desse serviço na rede hospitalar pública do Distrito Federal (DF).

Aos colegas farmacêuticos clínicos e hospitalares da SES/DF, que tornaram o Serviço de Farmácia Clínica (SFC) uma realidade, minha completa admiração, assim como a todos os colegas da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF), em especial à Júlia, gerente da Gerência de Assistência Farmacêutica Especializada (GAFAE/DIASF), diretores e colegas que contribuíram direta e indiretamente a este estudo.

Aos colegas da Comissão Assessora de Farmácia Clínica do Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CAFC/CRF/DF), Dayani, Andreia, Keyla e Tathiane, por todos os eventos e ações realizadas para desenvolver a Farmácia Clínica no DF.

Aos colegas da regional da Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica (SBFC/DF), Nathália, Érika, Rachel, Tathiane, Emília e Felipe, por aceitarem o desafio de criar essa seccional. Assim como aos colegas da diretoria nacional da SBFC, Prof. Tarcísio Palhano, Prof.^a Ivonete Batista Araújo e Prof.^a Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat pelo pioneirismo, e demais diretores e conselheiros, vocês são nossos exemplos!

Aos colegas do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), por acreditarem e confiarem na minha liderança, e junto dos quais temos ainda muitos desafios a concretizar.

A todos os professores e colegas que participaram do meu crescimento profissional ao longo dos anos, que sempre estimularam um trabalho interdisciplinar, sério e ético, dos quais destaco Thalita Jacoby, Rodrigo Pires dos Santos, Erci Siliprandi, Liza Gerchmann, Ornélio Dias, Núbia Wellerson, entre outros.

Aos professores Sílvia Storpirtis, Noemia Urruth Leão Tavares e Fernando Fernandez-Llimos, que carinhosamente aceitaram participar como membros desta banca de defesa do mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo fomento à pesquisa em todo território nacional.

E, finalmente, meus agradecimentos à minha querida orientadora Prof.^a Dr.^a Dayani Galato, pelos ensinamentos, paciência, orientações e amizade.

Acredito que ainda faltam muitos nomes para citar, peço desculpas antecipadamente por não os nomear, mas agradeço a todos que diretamente e indiretamente contribuíram para chegar este momento. Meus estimados e respeitosos agradecimentos a todos!

Dedico este trabalho a todos profissionais de saúde que praticam a arte de cuidar do próximo de modo interdisciplinar, compartilhando os saberes e ouvindo as contribuições de cada área, em prol de um processo holístico e respeitoso às crenças e valores do ser humano.

“O que sabemos é uma gota; o que ignoramos é um oceano. Mas o que seria o oceano se não infinitas gotas?”

Isaac Newton

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiv
LISTA DE QUADROS.....	xvi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xviii
RESUMO.....	xx
ABSTRACT.....	xxii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3 MÉTODOS.....	9
3.1 DESENHO DO ESTUDO	9
3.2 LOCAL DO ESTUDO	9
3.3 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	11
3.4 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E ATIVIDADES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	12
3.5 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS E INDICADORES DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	14
3.6 PESQUISA DE PERCEPÇÃO SOBRE AS ATIVIDADES E AÇÕES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NA OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	24

3.7 IDENTIFICAÇÃO DOS DESAFIOS E FACILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	27
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS GERAIS.....	29
4 RESULTADOS.....	31
4.1 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	31
4.2 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E ATIVIDADES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	37
4.3 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS E INDICADORES DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	40
4.4 PESQUISA DE PERCEPÇÃO SOBRE AS ATIVIDADES E AÇÕES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NA OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	55
4.5 IDENTIFICAÇÃO DOS DESAFIOS E FACILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	66
5 DISCUSSÃO	70
5.1 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	70
5.2 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E ATIVIDADES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	75

5.3 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS E INDICADORES DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	77
5.4 PESQUISA DE PERCEPÇÃO SOBRE AS ATIVIDADES E AÇÕES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NA OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	81
5.5 IDENTIFICAÇÃO DOS DESAFIOS E FACILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	83
6 CONCLUSÕES	86
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
8 ANEXOS.....	96
8.1 CAPÍTULO DE LIVRO SOBRE AS EXPECTATIVAS DO MERCADO PROFISSIONAL DA FARMÁCIA CLÍNICA NO BRASIL.....	96
8.2 MANUAL DE ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO INDICADOR PADRONIZADO PARA O SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	99
8.3 QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA SOBRE A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL.....	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos Núcleos de Farmácia Clínica do Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em janeiro de 2018.	37
Tabela 2. Indicadores gerais do Serviço de Farmácia Clínica em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de 2016 a 2018.	41
Tabela 3. Indicadores de acompanhamento do Serviço de Farmácia Clínica em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por hospital, em 2018.....	42
Tabela 4. Indicadores detalhados das Intervenções Farmacêuticas registradas em uma amostra de 12 hospitais públicos Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por hospital, em 2018.....	43
Tabela 5. Frequência absoluta e relativa e taxa de aceitação das Intervenções Farmacêuticas por etapa do ciclo de uso dos medicamentos em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.	46
Tabela 6. Frequência absoluta e relativa das Intervenções Farmacêuticas por classificação principal e secundária da etapa do ciclo de uso dos medicamentos em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.	47
Tabela 7. Frequência absoluta e relativa e taxa de aceitação das Intervenções Farmacêuticas por estratégia de intervenção em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.....	49
Tabela 8. Frequência absoluta e relativa e taxa de aceitação das Intervenções Farmacêuticas por estratégia de intervenção em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.....	50
Tabela 9. Classificação das Intervenções Farmacêuticas por Resultado Negativo associado ao Medicamento ou orientação informativa, por etapa do ciclo de uso dos medicamentos em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.....	53
Tabela 10. Classificação das Intervenções Farmacêuticas por Resultado Negativo associado ao Medicamento ou orientação informativa, por estratégia de intervenção	

em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.	53
Tabela 11. Frequência absoluta e relativa dos medicamentos isolados ou Interações Medicamentosas mais envolvidos nas Intervenções Farmacêuticas, em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.	54
Tabela 12. Resultado e comparação das avaliações qualitativas (em escala <i>Likert</i>) da pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Desenho do estudo.	9
Figura 2. Algoritmo de classificação das Intervenções Farmacêuticas quanto ao tipo de Resultado Negativo associado ao Medicamento ou orientação informativa, utilizado pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado.	22
Figura 3. Fluxograma sobre o direcionamento para grupos de perguntas específicos, utilizado na pesquisa sobre a percepção dos profissionais de saúde relação ao Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde.	25
Figura 4. Fluxograma das principais etapas da Técnica de grupo nominal.	28
Figura 5. Organograma apresentando a organização dos serviços farmacêuticos nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, antes e depois da publicação do Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016.	35
Figura 6. Correlação entre o quociente de farmacêutico/leito de cada hospital e cobertura de pacientes-dia acompanhados, em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018.	45
Figura 7. Correlação entre o quociente de farmacêutico/leito de cada hospital e quantidade de Intervenções Farmacêuticas realizadas, em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018.	46
Figura 8. Distribuição relativa das Intervenções Farmacêuticas quanto a classificação de Resultado Negativo associado ao Medicamento ou orientação informativa, em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.	52
Figura 9. Distribuição das contribuições na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica em cada grupo de perguntas, em 2017 e 2019.	56
Figura 10. Frequência relativa de tipo de profissional, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, em 2017 e 2019.	56
Figura 11. Frequência relativa do local de atuação do profissional, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.	57

Figura 12. Frequência relativa dos temas que os profissionais sentiam maior necessidade de assessoramento técnico pelo farmacêutico clínico, segundo a pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.	58
Figura 13. Frequência relativa da forma de abordagem preferível para a transmissão das intervenções do farmacêutico clínico, segundo a pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.	60
Figura 14. Frequência relativa sobre a utilidade das orientações farmacêuticas presentes nas “Notas de processamento” da prescrição médica, segundo a pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.	61
Figura 15. Frequência relativa de tipo de profissional, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades que não contavam com o acompanhamento do farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.	64
Figura 16. Frequência relativa do local de atuação do profissional, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades que não contavam com o acompanhamento do farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.	64
Figura 17. Frequência relativa dos temas que os profissionais declararam maior necessidade de assessoramento técnico pelo farmacêutico clínico, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades que não contavam com o acompanhamento do farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais ações/atividades/serviços realizados pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	12
Quadro 2. Variáveis relacionadas a caracterização das Intervenções Farmacêuticas do indicador padronizado no Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	15
Quadro 3. Classificação principal e secundária das Intervenções Farmacêuticas por etapa do ciclo de uso dos medicamentos, utilizado pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	18
Quadro 4. Classificação principal e secundária das Intervenções Farmacêuticas por estratégias de intervenção farmacêutica, utilizado pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	20
Quadro 5. Principais marcos do processo de implantação do Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de 2015 a 2018	32
Quadro 6. Parâmetro de dimensionamento de farmacêuticos por leito proposto pelo “Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede SES/DF”	36
Quadro 7. Responsabilidades da gestão central e dos Núcleos de Farmácia Clínica nas principais ações/atividades/serviços realizados pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	39
Quadro 8. Comentários abertos classificados como elogios da pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019..	62
Quadro 9. Comentários abertos classificados como sugestões da pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.	63

Quadro 10. Facilidades apontadas pelos farmacêuticos clínicos do Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em dezembro de 2018.....	67
Quadro 11. Desafios apontados pelos farmacêuticos clínicos Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em dezembro de 2018.	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Assistência farmacêutica
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFF – Conselho Federal de Farmácia
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DF – Distrito Federal
DIASF – Diretoria de Assistência Farmacêutica
DODF – Diário Oficial do Distrito Federal
DP – Desvio padrão
FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GAFAE – Gerência da Assistência Farmacêutica Especializada
GAMAD – Gerência de Assistência Multidisciplinar e Apoio Diagnóstico
GAO – Gerência de Apoio Operacional
GCBAF – Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica
GDF – Governo do Distrito Federal
GECEAF – Gerência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
GFH – Gerência de Farmácia Hospitalar
HAB – Hospital de Apoio
HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal
HMIB – Hospital Materno Infantil
HRAN – Hospital Regional da Asa Norte
HRBZ – Hospital Regional de Brazlândia
HRC – Hospital Regional de Ceilândia
HRG – Hospital Regional do Gama
HRGu – Hospital Regional do Guará
HRPa – Hospital Regional do Paranoá
HRPL – Hospital Regional de Planaltina
HRS – Hospital Regional de Sobradinho
HRSAM – Hospital Regional de Samambaia
HRSM – Hospital Regional de Santa Maria

HRT – Hospital Regional de Taguatinga
HSVP – Hospital São Vicente de Paula
HUB – Hospital Universitário de Brasília
IF – Intervenção farmacêutica
IGESDF – Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal
IHBDF – Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
IM – Interação medicamentosa
NCIH – Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar
NFC – Núcleo de Farmácia Clínica
NFH – Núcleo de Farmácia Hospitalar
NLF – Núcleo de Logística Farmacêutica
NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM – Política Nacional de Medicamentos
POP - Procedimento operacional padrão
PRM – Problema relacionado a medicamento
RDC – Resolução de Diretoria Colegiada
RIDE-DF – Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RNM – Resultado negativo associado ao medicamento
SBFC – Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica
SBRAFH – Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde
SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SFC – Serviço de Farmácia Clínica
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade básica de saúde
UnB – Universidade de Brasília
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
URM – Uso racional de medicamentos
USM – Uso seguro de medicamentos
UTI – Unidade de tratamento intensivo

RESUMO

Introdução: o paciente hospitalizado possui alto risco de sofrer eventos adversos relacionados à farmacoterapia. Para lidar com este cenário sugere-se a implantação de Serviços de Farmácia Clínica (SFCs), nos quais os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças. **Objetivo:** avaliar a implantação do SFC nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). **Método:** estudo observacional de Triangulação Metodológica, baseado em cinco etapas: (i) relato do processo de implantação do SFC; (ii) apresentação da sua estrutura e atividades; (iii) análise de um banco de dados com indicadores de intervenções farmacêuticas (IFs); (iv) percepção do serviço sob a ótica dos profissionais da equipe de saúde; e (v) identificação dos desafios e facilidades para seu desenvolvimento. **Resultados:** o SFC foi implantado nos 15 hospitais da SES/DF, em um processo coordenado pela Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). Nos três primeiros anos, considerando uma amostra de 12 hospitais, 36 farmacêuticos clínicos acompanharam 73.557 pacientes-dia e registraram 22.416 IFs, com uma taxa de aceitação de 82,4% na classe médica, e de 97,8% com outros profissionais de saúde. A maior parte das IFs (66,9%) ocorreu na etapa de prescrição, e a sinalização informativa foi a principal estratégia de intervenção (43,9%). A taxa de cobertura esteve fortemente associada à densidade de farmacêuticos clínicos por leito ($r_s=0,788$; $p=0,002$). O SFC foi positivamente avaliado pelos profissionais da equipe de saúde, e se verificou melhora significativa da postura profissional do farmacêutico ao longo do tempo. A boa relação/apoio da equipe médica foi apontada como a principal facilidade para o desenvolvimento da atividade, e a escassez de recursos humanos, o principal desafio. Entre as limitações citam-se a falta de mensuração dos custos de implantação e manutenção do serviço, bem como a carência de indicadores que considerem resultados clínicos e econômicos. **Conclusões:** o estudo apresentou um processo de implantação do SFC bem sucedido. O serviço se mostrou relevante para a otimização da farmacoterapia, e foi favoravelmente avaliado pela equipe de saúde. Os achados reforçam a importância da participação do farmacêutico clínico na equipe de saúde, tanto para promover a racionalidade e segurança da farmacoterapia, assim como para contribuir com um processo de cuidado com melhores resultados clínicos, humanísticos e econômicos.

Palavras chave: Serviço de Farmácia Hospitalar; Farmácia; Sistemas de Informação em Farmácia Clínica.

ABSTRACT

Introduction: the hospitalized patient has a high risk of suffering adverse events related to pharmacotherapy. To deal with this scenario, it is suggested the implementation of Clinical Pharmacy Services (CPSs), in which pharmacists provide patient care in order to optimize pharmacotherapy, promote health and well-being, and prevent diseases. **Objective:** to evaluate the implementation of the SFC in public hospitals of the Department of Health of the Federal District (DH/FD). **Method:** observational study of Methodological Triangulation, based on five steps: (i) report of the CPS implementation process; (ii) presentation of its structure and activities; (iii) analysis of a database with pharmaceutical interventions (PIs) indicators; (iv) perception of the service from the perspective of health team professionals; and (v) identification of challenges and facilities for its development. **Results:** the CPS was implemented in the 15 hospitals of DH/FD, in a process coordinated by the Pharmaceutical Management Directory (PMD). In the first three years, considering a sample of 12 hospitals, 36 clinical pharmacists followed 73,557 patient-days and registered 22,416 PIs, with an acceptance rate of 82.4% in the medical class, and 97, 8% with other healthcare professionals. Most of the PIs (66.9%) occurred at the prescription stage, and informational advice being the main intervention strategy (43.9%). The coverage rate was strongly associated with the ratio of clinical pharmacists per bed ($r_s = 0.788$; $p = 0.002$). CPS was positively evaluated by health team professionals, and there was significant improvement in professional posture of the pharmacist over time. The good relationship/support of the medical team was identified as the main facility for the development of the activity, and the scarcity of human resources, the main challenge. Among the limitations are the lack of measurement of the costs of implementing and maintaining the service, as well as the lack of indicators that consider clinical and economic results. **Conclusions:** the study showed a successful CPS implantation process. The service proved to be relevant for the optimization of pharmacotherapy, and was favorably evaluated by the health team professionals. The findings reinforce the importance of the participation of the clinical pharmacist in the health team, both to promote the rationality and safety of pharmacotherapy, as well as to contribute to a care process with better clinical, humanistic and economic results.

Keywords: Pharmacy Service, Hospital; Pharmacy; Clinical Pharmacy Information Systems.

1 INTRODUÇÃO

Houve um tempo em que os problemas relacionados aos medicamentos (PRMs) concentravam-se nas questões de acesso, mas na atualidade, pelo aperfeiçoamento das políticas públicas, aspectos relacionados à segurança, efetividade e adesão possuem a mesma relevância (1). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais da metade dos medicamentos sejam prescritos, administrados ou vendidos inapropriadamente, e cerca de 50% dos usuários não os utilizam de maneira correta (2). No ambiente hospitalar, estatísticas apontam que um em cada dez pacientes sofrerá danos relacionados ao processo de cuidado (3). Além disso, idade avançada, polimedicação, e internação em unidades críticas, aumenta o risco de eventos adversos relacionados à farmacoterapia (4,5).

O termo PRM é associado às situações em que o processo de uso de medicamentos causa, ou pode causar, o aparecimento de um resultado negativo associado ao medicamento (RNM). São exemplos de PRM: administração equivocada ou a falta dela, má conservação, uso quando contraindicado, incumprimento da posologia, entre outros. Já o termo RNM leva em consideração resultados clínicos inconsistentes aos objetivos da farmacoterapia em decorrência dos PRMs (6).

Para diminuir a incidência desses problemas, organizações de saúde como a OMS defendem a implementação de medidas que visem à promoção do uso racional de medicamentos (URM), entendido como a condição de o paciente receber o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas características individuais, pelo período de tempo correto, e ao menor custo possível, para si e para a sociedade (7). No presente estudo, será ainda adotado o conceito de uso seguro de medicamentos (USM), que considera a inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso dos medicamentos. O USM apoia atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos (8). Portanto, O URM e o USM se complementam em prol do objetivo de processo de cuidado adequado aos pacientes, em todos os níveis de atenção à saúde.

Com o intuito de promover o uso racional e seguro de medicamentos, a OMS tem articulado importantes movimentos em nível global. O programa “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente” (tradução livre de “*World Alliance for Patient*

Safety”), lançado em 2004, conclamou aos países-membros a adoção de medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde (9). Já o desafio global “Medicação sem danos” (tradução livre de “*Medication without harm*”), de 2017, cunhou a meta de reduzir em 50% os danos causados pelo uso dos medicamentos. Para tanto, uma série de melhorias nas etapas do ciclo de uso dos medicamentos – prescrição, dispensação, administração, monitoramento e utilização – foram sugeridas, e em cujas ações destacam-se a necessidade de desenvolver materiais, tecnologias e ferramentas para tornar os sistemas de saúde mais seguros (4).

No Brasil, também se verifica uma evolução da preocupação com a qualidade e segurança dos serviços de saúde nas políticas públicas. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) de 1998 (Portaria GM nº. 3.916/1998), foi uma das primeiras a orientar as ações no campo dos medicamentos (10). Já a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), promulgada pela Resolução nº. 338/2004, reconheceu a Assistência Farmacêutica (AF) como conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial, e defendendo seu acesso e uso racional (11). Por sua vez, a Portaria nº 529 de 2013, lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o propósito de qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, implementando medidas de gestão de risco (12). E, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), autarquia governamental responsável pelo controle e regulação de serviços e produtos na área sanitária, inclusive medicamentos e qualidade de serviços de saúde, publicou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 36/2013, que instituiu as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (13).

Para a promoção do uso seguro e racional dos medicamentos, cada agente, representado aqui pelos profissionais de saúde, pacientes, cuidadores ou familiares, pode impelir medidas que atuem como barreiras de segurança no processo de cuidado (14). São exemplos destas medidas: revisão da prescrição; conciliação medicamentosa; alertas de interações medicamentosas; informes educacionais sobre os cuidados de administração e uso dos medicamentos. Essas e outras práticas são sugeridas no “Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de

Medicamentos”, desenvolvido pela Anvisa em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e com a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) (15).

Para uma compreensão mais detalhada, a AF pode ser dividida entre dois componentes, um técnico e outro clínico. A gestão técnica envolve o conjunto de atividades focadas na qualidade, acesso e URM – produção, seleção, programação, aquisição, distribuição e armazenamento. Já a gestão clínica da AF, promovida de forma individual e coletiva, centrada no paciente, tem o objetivo de garantir o uso adequado dos medicamentos e a obtenção de resultados terapêuticos positivos (16). Quando a AF se aproxima do processo de cuidado, encontramos um campo promissor e, ao mesmo tempo, desafiador ao farmacêutico, no qual ele se aproxima da equipe de saúde para auxiliar no processo de cuidado, principalmente no papel de vigilante pelo resguardo da segurança e racionalidade da farmacoterapia. É nesta última que se desenvolve a Farmácia Clínica.

A Farmácia Clínica se desenvolveu a partir da segunda metade do século XX, em universidades americanas, como uma nova opção de atuação do farmacêutico, que estava perdendo seu espaço no milenar preparo artesanal dos medicamentos, em decorrência da industrialização. Inicialmente, essa nova área da ciência foi implantada em hospitais, que passaram a dispor de serviços clínicos providos por farmacêuticos diretamente à equipe de saúde e aos pacientes internados (17). Uma das publicações de maior notoriedade da área, em 1990, foi a de Charles Hepler e Linda Strand, com o artigo “Oportunidades e responsabilidades no cuidado farmacêutico” (tradução livre do inglês “*Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*”), em que se definiu o termo Cuidado Farmacêutico (tradução livre do inglês “*Pharmaceutical Care*”). Este, trata da provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente (18).

Na mesma época, na Espanha, um grupo de pesquisadores da Universidade de Granada que também estudava o assunto cunhou o termo Atenção Farmacêutica (tradução livre de *Atención Farmacéutica*), e sugeriu um modelo de acompanhamento farmacoterapêutico nomeado Método Dáder (19). Entretanto, ambos conceitos, o americano e o espanhol, apresentam entendimento semelhante.

No Brasil, a denominação “atenção farmacêutica” foi amplamente difundida nas publicações brasileiras, porém mais tarde, em 2016, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) passou a recomendar o uso do termo “cuidado farmacêutico” – em substituição à expressão “atenção farmacêutica” –, a fim de padronizar a nomenclatura, e deixando-a mais próxima da terminologia utilizada por outras áreas da saúde (20).

Delimita-se, assim, a Farmácia Clínica como área do saber voltada à ciência e prática do URM, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças (21). Já o Cuidado Farmacêutico está relacionado ao modelo de prática profissional, no qual o farmacêutico interage diretamente com o paciente, visando a uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida (20). Essa prática deve ser estendida a todos os níveis de atenção à saúde (21).

No Brasil, a origem da Farmácia Clínica está ligada aos professores Tarcísio José Palhano, Lúcia de Araújo Costa (Lúcia Noblat) e Ivonete Batista de Araújo, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que com o apoio do professor José Aleixo Prates e Silva, criaram o primeiro “Serviço de Farmácia Clínica” e o primeiro “Centro de Informação sobre Medicamentos”, em 1979, no Hospital das Clínicas da UFRN, atual Hospital Universitário Onofre Lopes, na capital, Natal (17,22). Apesar desse início austero e promissor, observa-se um grande hiato no crescimento dessa ciência até o início do século XXI, quando novamente o tema volta à tona na publicação “Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta”, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (23).

A partir desse momento, observa-se no Brasil o surgimento de ações que iriam fortalecer a Farmácia Clínica, entre os quais: a criação da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH), em 1995, cuja publicação do documento “Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde” trazia recomendações para as atividades clínicas providas pelo farmacêutico (24); a publicação pelo CFF, das Resoluções 585/13, que regulamentou as atribuições clínicas do farmacêutico, e 586/13, que regulamentou a prescrição farmacêutica (21,25); a promulgação da Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que reconheceu a farmácia como local de prestação de serviços de assistência farmacêutica, assistência

à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, dispensação de medicamentos, e outros de responsabilidade do farmacêutico (26); e, em 2017, a fundação da Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica (SBFC), uma associação de natureza profissional, científica, humanitária e cultural, sem fins lucrativos, econômicos, político-partidários, ou religiosos, com o objetivo de promover a Farmácia Clínica em benefício da sociedade brasileira (17).

Além disso, em 2016, foi publicada, pelo CFF, a sugestão de matriz de competências para a atuação clínica do farmacêutico, resultado dos trabalhos do I Encontro Nacional de Educadores em Farmácia Clínica, representando um documento norteador para a formação clínica dos farmacêuticos (27). No ano seguinte, tem-se a publicação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Farmácia, no qual se vislumbra um cenário promissor para o ensino das competências clínicas do farmacêutico (28). Nesse ambiente, fortalecido pelas associações e sociedades científicas, com uma base legal assegurando novas possibilidades de atividade, a prática do cuidado farmacêutico se dissemina.

Considerando a contribuição do cuidado farmacêutico ao paciente hospitalizado, destacam-se algumas atividades: (i) a revisão da prescrição médica, com foco na segurança e racionalidade da farmacoterapia; (ii) a investigação, prevenção e resolução de PRMs; e (iii) a participação em reuniões clínicas multiprofissionais, fortalecendo o trabalho colaborativo (29,30,31). Nesses momentos, caso o farmacêutico perceba uma oportunidade de contribuir ao processo de cuidado do paciente, ele realiza uma intervenção farmacêutica (IF). A IF, portanto, é um ato planejado, documentado e realizado junto ao paciente e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento farmacoterapêutico (23). Outras iniciativas, como a conciliação medicamentosa, as orientações na alta hospitalar e o acompanhamento farmacoterapêutico também fazem parte dos serviços providos por farmacêuticos (5,20).

Estudos de revisão sistemática apontam que a atuação do farmacêutico clínico junto à equipe de saúde propicia melhora dos índices terapêuticos de pacientes internados, como taxas de colesterol e de pressão arterial, reduz a ocorrência de eventos adversos, contribui para a adesão à farmacoterapia, e eleva a qualidade de

vida geral dos pacientes (32,33). Outro estudo, focando países economicamente emergentes, teve achados semelhantes (34). A relação entre o uso de antimicrobianos e o desenvolvimento de resistência bacteriana também é tema recorrente, e diversos estudos já demonstraram a contribuição do farmacêutico clínico na melhora do perfil de uso desses medicamentos, diminuição de tempo de internação, da mortalidade e dos custos associados à antibioticoterapia (35,36). Contudo, a Farmácia Clínica brasileira ainda está em seu estágio inicial de desenvolvimento, e há oportunidades de sua implantação em diversos serviços de saúde.

No entanto, a implantação e o desenvolvimento de Serviços de Farmácia Clínica (SFCs) têm maior chances de sucesso quando o ambiente político-governamental-sanitária se apresenta favorável (37). Para tanto, estudos da “ciência de implantação” (tradução livre do inglês *implementation science*) podem contribuir para a implantação de serviços apoiados em práticas baseadas em evidências, por meio do desenvolvimento de estratégias para o escalonamento de estudos controlados para os sistemas de saúde (38,39).

A ciência de implementação é entendida como o estudo dos métodos para promover a adoção sistemática dos achados e demais práticas baseadas em evidências na prática rotineira e, desse modo, melhorar a qualidade e efetividade dos serviços de saúde. Esses estudos também consideram a influência do comportamento dos profissionais e do clima organizacional (38,39). Desse modo, são extremamente úteis para mensurar o resultado de intervenções planejadas, identificar fatores cruciais nos múltiplos níveis de implementação, incluindo o paciente, provedores, clínicos, direção, entre outros, e modificar o ambiente político e social. Vale frisar, no entanto, que para a implementação de um novo serviço, este deve estar ancorado em base teórica sólida de evidências, e contar com o envolvimento das equipes de pesquisa (38).

A implantação bem-sucedida de SFCs foi associada a uma prescrição mais adequada às necessidades do paciente (40). Diversos estudos também demonstraram a contribuição dos serviços clínicos providos por farmacêuticos na diminuição do tempo de internação, da mortalidade e custos associados aos medicamentos (32,35,41,42). Dessa forma, o SFC contribui para uma farmacoterapia

mais segura e racional, com melhores desfechos clínicos, e o realiza de modo cooperativo com a equipe de saúde (43).

Na saúde pública do Distrito Federal (DF) o SFC foi criado há pouco tempo, em resposta a disseminação de bactérias multirresistentes nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) (44). A Portaria 187 de 2015, criou o SFC nos Núcleos e na Gerência de Farmácia Hospitalar, nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Pronto Atendimento e nos demais serviços de saúde que demandassem da atuação do farmacêutico clínico (45). Dado o exposto, e considerando a escassez de estudos nacionais que consideram a implantação, a descrição e a avaliação dos serviços clínicos providos por farmacêuticos em uma rede hospitalar pública composta por diversas especialidades, o presente estudo propõe avaliar a implantação do SFC em hospitais públicos do DF.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação do Serviço de Farmácia Clínica (SFC) desenvolvido em hospitais públicos da do DF.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

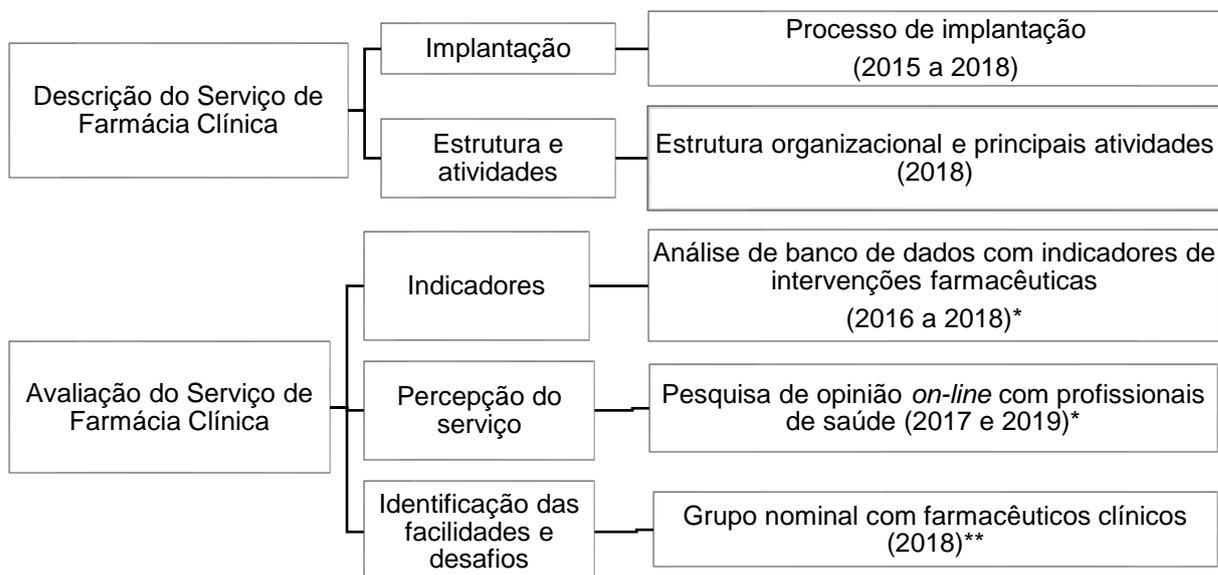
- Narrar o processo de implantação do SFC nos hospitais públicos da SES/DF, destacando seus marcos;
- Descrever a estrutura e atividades realizadas pelo do SFC nos hospitais públicos da SES/DF;
- Analisar os indicadores relacionados às IFs registradas à equipe de saúde pelo do SFC nos hospitais públicos da SES/DF;
- Conhecer e comparar, em diferentes momentos, a percepção dos profissionais de saúde em relação ao SFC desenvolvido nos hospitais públicos da SES/DF;
- Identificar, sob a perspectiva do profissional farmacêutico, os desafios e as facilidades para o exercício das atividades do SFC desenvolvido nos hospitais públicos da SES/DF.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional, fundamentado na avaliação do SFC desenvolvido em hospitais públicos da SES/DF, por meio da Triangulação Metodológica (46). Este método se utiliza da combinação de técnicas qualitativas, para capturar significados, e quantitativas, para usar na verificação intuitiva das interpretações dos significados. O estudo é dividido em etapas que descrevem SFC: (i) relato do processo de implantação, e (ii) apresentação da estrutura e atividades; e em outras que o avaliam sob três óticas: (iii) análise de um banco de dados e indicadores de IFs, (iv) percepção do serviço do ponto de vista dos profissionais da equipe de saúde, e (v) identificação dos desafios e facilidades para o desenvolvimento dos serviços clínicos providos por farmacêuticos no ambiente hospitalar na perspectiva desse profissional (Figura 1).

Figura 1. Desenho do estudo.



Fonte: do autor. *com etapa retrospectiva e prospectiva; **apenas prospectiva.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A SES/DF é um órgão do Poder Executivo do Governo do Distrito Federal (GDF). Sua responsabilidade abrange a organização e a elaboração das políticas públicas voltadas à promoção, prevenção e assistência à saúde, e tem por missão

garantir, ao cidadão, acesso universal à saúde por meio de uma atenção integral e humanizada. Ela se organiza em diversas repartições, entre nível central e Superintendências de Regiões de Saúde, em nível local (47).

A DIASF, por sua vez, é a unidade orgânica em nível central responsável pela normatização das ações e programas de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde do DF, sendo composta por três gerências: Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (GCBAF), que cuida das ações na atenção primária em saúde, representado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs); Gerência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (GECEAF), responsável pela rede de farmácias do componente especializado, popularmente conhecidas como Farmácias de Alto Custo; e a Gerência da Assistência Farmacêutica Especializada (GAFAE), a qual acompanha e organiza a AF desenvolvida nos hospitais, clínicas e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) (48).

Sua rede hospitalar pública é composta por 15 hospitais, distribuídos nas Regiões Administrativas e Plano Piloto, somando mais de quatro mil leitos, e abrange diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, para todas as idades. A SES/DF acolhe uma população estimada em 4,5 milhões de habitantes, representada geograficamente pela Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) (49). A assistência farmacêutica tem um quadro funcional de aproximadamente 300 farmacêuticos, distribuídos em UBSs, UPAs, centrais de abastecimento farmacêutico, e hospitais. Aproximadamente um terço dos farmacêuticos atua na atenção hospitalar.

Os hospitais sob gestão da SES/DF são: Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Materno Infantil (HMIB), Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Hospital Regional do Paranoá (HRPa), Hospital Regional de Planaltina (HRPL), Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Regional do Gama (HRG), Hospital Regional do Guará (HRGu), Hospital Regional de Sobradinho (HRS), Hospital Regional de Samambaia (HRSAM), Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), Hospital de Apoio (HAB), Hospital Regional de Brazlândia (HRBZ) e Hospital São Vicente de Paula (HSVP). Cabe ressaltar que em 2017, o HBDF se transformou em um serviço social autônomo, e passou a se chamar Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF) (50). Mais

tarde, em 2019, alterou sua nomenclatura para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF), agregando UPAs e o HRSM. Nessa mudança, o referido hospital manteve seu atendimento exclusivo e gratuito ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas passou a ser uma empresa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, deixando assim a gestão direta da SES/DF (51).

3.3 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Estudo observacional descritivo do tipo relato de caso, que considerou o processo de implantação do SFC nos hospitais públicos da SES/DF, entre 2015 e 2018. Os marcos históricos apresentam reportagens e documentos oficiais da época. Para melhor descrição do processo, o dividimos em três fases: (i) preparação, (ii) implantação e (iii) expansão. Em cada uma delas, são destacados os marcos que contribuíram para seu desenvolvimento.

Um SFC era considerado implantado a partir do momento em que passava a enviar à GAFAE/DIASF, departamento responsável pela coordenação do serviço, os dados das atividades realizadas, por meio do indicador padronizado.

3.3.1 Critérios de inclusão

Ser unidade hospitalar e pertencer à rede pública da SES/DF durante o período do estudo.

3.3.2 Critérios de exclusão

Sem critérios de exclusão.

3.3.3 Análise de dados

Os dados foram apresentados por meio de tabelas, com a identificação temporal dos fatos.

3.4 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E ATIVIDADES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Estudo observacional descritivo do tipo transversal, que apresentou a estrutura organizacional do SFC desenvolvido nos hospitais públicos da SES/DF. As informações sobre a estrutura de cada hospital foram consultadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e os dados sobre os NFCs foram fornecidos pelos chefes de cada núcleo, por meio de questionário eletrônico. A coleta ocorreu em janeiro de 2018.

Para descrição das atividades, considerou-se as principais ações/atividades/serviços possíveis de serem desenvolvidas por farmacêuticos clínicos em hospitais (Quadro 1), apresentando possíveis contribuições que podem ser proferidas pela gestão centralizada e pelos NFCs.

Quadro 1. Principais ações/atividades/serviços realizados pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Atividade	Descrição
Visita multiprofissional*	Visita realizada à beira do leito para discutir os casos de cada paciente, de forma que todos os membros da equipe de saúde contribuam para o atendimento de maneira coordenada e integrada. Essa visita visa à qualidade e à segurança, centrando suas ações nas necessidades em saúde dos pacientes.
Revisão da farmacoterapia**	Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos
Monitorização terapêutica de medicamentos**	Serviço que compreende a mensuração e a interpretação dos níveis séricos de fármacos, com o objetivo de determinar as doses individualizadas necessárias para a obtenção de concentrações plasmáticas efetivas e seguras

Quadro 1. Principais ações/atividades/serviços realizados pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (continua)

<p>Acompanhamento farmacoterapêutico*</p>	<p>Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde.</p>
<p>Evolução Farmacêutica*</p>	<p>Registros efetuados pelo farmacêutico no prontuário do paciente, com a finalidade de documentar o cuidado em saúde prestado, propiciando a comunicação entre os diversos membros da equipe de saúde.</p>
<p>Registro de IFs e avaliação de sua aceitação***</p>	<p>Serviço pelo qual o farmacêutico registra suas intervenções no prontuário do paciente (obrigatório) e verbalmente com a equipe de saúde, cuidadores ou pacientes (sempre que possível), avaliando sua aceitação no processo de cuidado.</p>
<p>Conciliação medicamentosa^{1**}</p>	<p>Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais</p>
<p>Orientação de alta***</p>	<p>Serviço pelo qual o farmacêutico orienta o paciente ou cuidador sobre o uso, armazenamento, cuidados e demais aspectos relacionados à sua farmacoterapia e cuidados gerais de saúde</p>

Quadro 1. Principais ações/atividades/serviços realizados pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (conclusão)

Educação em saúde**	Serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos. Tem como objetivo a autonomia dos pacientes e o comprometimento de todos (pacientes, profissionais, gestores e cuidadores) com a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, e melhoria da qualidade de vida. Envolve, ainda, ações de mobilização da comunidade com o compromisso pela cidadania
---------------------	---

Fonte: *Resolução 675/2019, CFF (52). **Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual, CFF, 2016 (20). ***Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). 'Os termos "conciliação medicamentosa" e "reconciliação medicamentosa" possuem o mesmo entendimento, sendo que a escolha do termo a ser empregado depende do país de publicação.

3.4.1 Critérios de inclusão

Incluíram-se dados de todos os NFCs dos hospitais públicos do DF.

3.4.2 Critérios de exclusão

Sem critérios de exclusão.

3.4.3 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva utilizando os programas Microsoft Excel® na versão 2019 e IBM SPSS® na versão 25. As variáveis numéricas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão, e as variáveis nominais, por números absolutos e proporções.

3.5 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS E INDICADORES DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Estudo observacional descritivo quantitativo do tipo relato de caso, que analisou um banco de dados de indicadores de IFs, padronizado a todos NFCs dos

hospitais públicos da SES/DF. O banco de dados era um instrumento padronizado pelo DIASF para o acompanhamento do serviço, sendo autorizado seu uso neste estudo. Cada NFC era responsável pelo seu preenchimento e envio, mensalmente. Os farmacêuticos clínicos receberam treinamentos sobre a inserção dos dados, e dispunham de manual com orientações para o adequado preenchimento do indicador (Anexo 2). Esta etapa contempla os dados de 2016 a 2018, sendo que os dados referentes a 2018 são apresentados com maior detalhamento, por entendermos que estavam mais confiáveis após 2 anos de experiência da atividade.

As IFs eram informadas à equipe assistencial pelo farmacêutico clínico e registradas no prontuário do paciente, na sequência (dia seguinte) avaliava-se a aceitação da intervenção por parte da equipe de saúde. As intervenções tinham caráter sugestivo, e a equipe tinha liberdade para aceitá-la ou não. Justificativas sobre a não aceitação foram consideradas quando registradas no prontuário ou comunicadas diretamente ao farmacêutico clínico.

3.5.1 Indicadores Utilizados para Analisar as Intervenções Farmacêuticas

O Quadro 2 apresenta as informações e classificações utilizadas no indicador padronizado da DIASF.

Quadro 2. Variáveis relacionadas a caracterização das Intervenções Farmacêuticas do indicador padronizado no Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Indicador	Descrição
Data	Relativa ao dia em que foi verificada a necessidade de intervenção.
Hospital	Nome da instituição.
Clínica / Unidade assistencial	Nome da clínica/unidade assistencial.
Iniciais do nome do paciente e número de prontuário	Sem importância ao estudo. Utilizado apenas para identificação do registro pelo farmacêutico clínico do NFC.
Idade	Em anos. Para menores de 1 ano anotava-se a fração proporcional (6 meses = 0,5 anos; 15 dias = 0,04 anos).
Medicamento(s) envolvido(s)	Nome do(s) medicamento(s) envolvido(s) na IF.
Etapa em que foi identificado o problema relacionado à farmacoterapia	Identificação da etapa de cuidado em que problema era classificado (verificar categorização principal e secundária no Quadro 3).

Quadro 2. Variáveis relacionadas a caracterização das Intervenções Farmacêuticas do indicador padronizado no Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (continua)

Estratégia de IF	Identificação da estratégia de IF (verificar categorização principal e secundária no Quadro 4).
Tipo de profissional ao qual a IF era destinada	Identificação do profissional de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, etc.) a quem estava direcionada a IF, podendo ser mais de um. Cálculo: <ul style="list-style-type: none"> • Nº de IFs direcionadas a médicos / Nº. total de IFs registradas * 100 • Nº de IFs direcionadas a outros demais profissionais de saúde / Nº. total de IFs registradas * 100
Avaliação de aceitação da IF	Verificação da aceitação da IF, que poderia ser classificada em: <ul style="list-style-type: none"> • Aceita • Não aceita • Não aceita, mas justificada Cálculo: <ul style="list-style-type: none"> • Nº de IFs registradas aceitas por médicos / Nº. total de IFs registradas a médicos * 100 • Nº de IFs registradas aceitas por outros demais profissionais de saúde / Nº. total de IFs registradas a outros demais profissionais de saúde * 100 Em situação em que o paciente teve óbito, alta ou transferência em até 48 horas após registro da IF, ou em casos em que ela não exigia, necessariamente, uma modificação na farmacoterapia, a aceitação não foi computada nem classificada para a equipe de saúde para não subdimensionar a taxa de aceitação.
Justificativas de não-aceitação da IF	Informações, verificadas pelo farmacêutico no prontuário do paciente ou por conversas com a equipe de saúde, que explicassem a não aceitação a alguma IF.
Classificação quanto ao RNM ou Orientação informativa	Classificação adaptada do Terceiro Consenso de Granada (6). Algoritmo de classificação apresentado na Figura 2.

Quadro 2. Variáveis relacionadas a caracterização das Intervenções Farmacêuticas do indicador padronizado no Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (conclusão)

Potencial de economicidade	Indicador qualitativo que identificava o potencial da IF gerar economia financeira. Considera apenas implicações relacionadas diretamente com a intervenção, como opções farmacoterapêuticas de menor custo e redução de tempo de uso. Não foram consideradas variáveis indiretas e/ou subjetivas, como diminuição do tempo de internação e melhor resultado clínico. Sua classificação é independente da avaliação de aceitação.
----------------------------	---

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). NFC= Núcleo de Farmácia Clínica. IF= intervenção farmacêutica. RNM= resultado negativo associado ao medicamento.

Em relação à classificação quanto à etapa do ciclo de uso dos medicamentos em que se identificou algum problema com a farmacoterapia, e quanto à estratégia de intervenção sugerida, os Quadros 3 e 4 apresentam a classificação primária e secundária utilizadas. Essa classificação foi desenvolvida a partir da relação de problemas relacionados à farmacoterapia utilizada no projeto do Ministério da Saúde para a implantação do cuidado farmacêutico na atenção básica da cidade de Curitiba, com as devidas adaptações para o ambiente hospitalar (1).

Quadro 3. Classificação principal e secundária das Intervenções Farmacêuticas por etapa do ciclo de uso dos medicamentos, utilizado pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Classificação principal	Classificações secundárias
Prescrição	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de alternativa medicamentosa mais custo efetiva • Dose abaixo das recomendações (subdose) • Dose acima das recomendações (sobredose) • Duração do tratamento prescrito inadequada • Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada • Frequência ou horários de administração prescritos inadequados • Medicamento em duplicidade na prescrição • Medicamento inapropriado ou contraindicado • Medicamento sem indicação clínica definida • Necessidade de medicamento adicional • Possível incompatibilidade medicamentosa contraindicada • Possível interação medicamento-alimento importante • Possível interação medicamento-medicamento contraindicada • Possível interação medicamento-medicamento clinicamente significativa • Prescrito medicamento não-padronizado • Outros problemas de prescrição
Dispensação	<ul style="list-style-type: none"> • Dose/quantidade incorreta • Falta no estoque • Forma farmacêutica incorreta • Medicamento incorreto • Outros problemas de dispensação

Quadro 3. Classificação principal e secundária das Intervenções Farmacêuticas por etapa do ciclo de uso dos medicamentos, utilizado pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (conclusão)

Administração	<ul style="list-style-type: none"> • Adição de doses (sobredosagem) • Conservação/preparo inadequado (diluyente/estabilidade) • Dose/concentração inadequada • Horário/frequência inadequada • Incompatibilidade medicamentosa contraindicada • Omissão de doses (subdosagem) • Via inadequada • Outros problemas de administração
Adesão	<ul style="list-style-type: none"> • Automedicação indevida pelo paciente • Continuação indevida do medicamento pelo paciente • Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente • Falta de adesão ao tratamento pelo paciente • Problema de acesso à medicação • Outros problemas de adesão
Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Armazenamento em local inadequado • Desvio de qualidade do medicamento • Uso de medicamento vencido • Outros problemas de qualidade
Utilização	<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos de descontinuação de um medicamento • Interação medicamento-alimento importante • Interação medicamento-medicamento contraindicada existente • Interação medicamento-medicamento clinicamente significativa existente • Reação adversa importante • Reação alérgica ou idiossincrática • Outros problemas de utilização
Outras etapas	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever na coluna "Observações"

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

Quadro 4. Classificação principal e secundária das Intervenções Farmacêuticas por estratégias de intervenção farmacêutica, utilizado pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Classificação principal	Classificações secundárias
Alteração na prescrição	<ul style="list-style-type: none"> • Adição de medicamento • Ajuste de dose por função hepática • Ajuste de dose por função renal • Alteração de diluente • Alteração na concentração/diluição • Alteração na forma farmacêutica / via de administração • Alteração na posologia/horários de administração • Aumento de dosagem (clínico) • Diminuição de dosagem (clínico) • Substituição de medicamento por questões logísticas/estoque • Substituição de medicamento por questões técnicas/clínicas • Suspensão de medicamento • Outras alterações na prescrição
Informação sobre dispensação	<ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre disponibilidade/logística • Necessidade de laudo/relatório • Orientação à Farmácia Hospitalar sobre dispensação • Outras informações sobre dispensação
Orientação de administração	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação completa (uso/administração/armazenamento) • Orientação sobre administração/via • Orientação sobre aprazamento/horário de administração • Orientação sobre armazenamento/estabilidade • Orientação sobre dose/posologia • Orientação sobre manipulação/preparo • Outras orientações de administração
Necessidade de monitorização	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendação de monitoramento não laboratorial • Recomendação para realização de exame laboratorial • Outras recomendações de monitorização

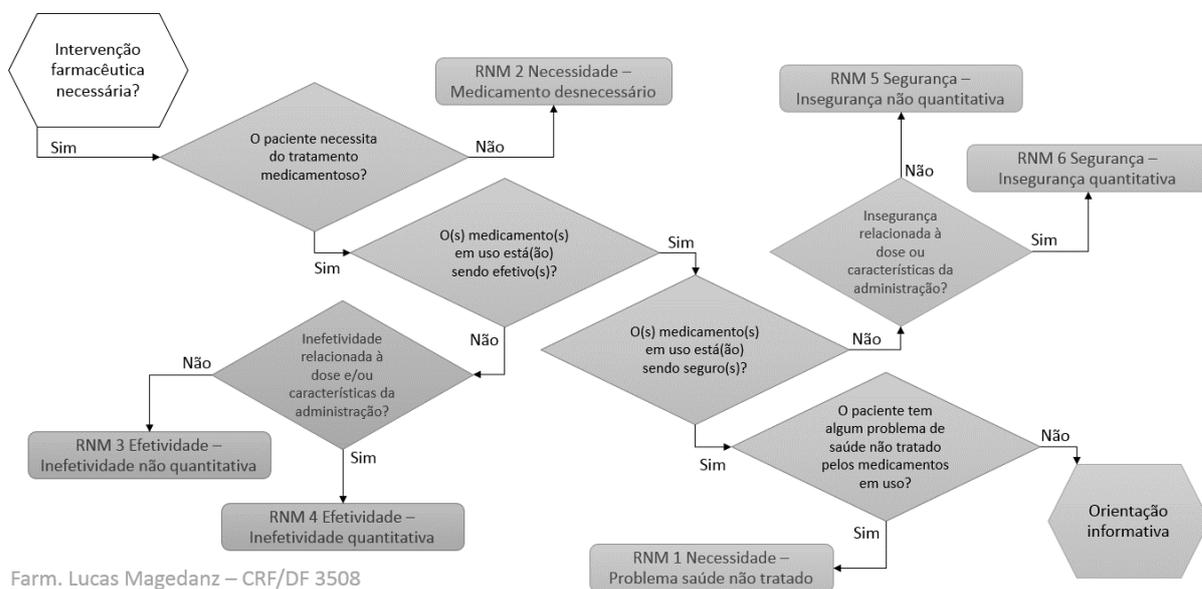
Quadro 4. Classificação principal e secundária das Intervenções Farmacêuticas por estratégias de intervenção farmacêutica, utilizado pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (conclusão)

Sinalização informativa	<ul style="list-style-type: none"> • Alerta de incompatibilidade • Alerta de interação medicamento-medicamento contraindicada • Alerta de interação medicamento-medicamento clinicamente significativa • Alerta de Reação Adversa a Medicamento • Outras sinalizações/alertas
Aconselhamento ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento sobre medidas não farmacológicas • Aconselhamento sobre uso/adesão • Encaminhamento a outro profissional de saúde • Informação sobre acesso • Outros aconselhamentos ao paciente/cuidador
Outras estratégias	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever na coluna "Observações"

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

Outra classificação adotada foi quanto ao tipo de RNM, conforme Terceiro Consenso de Granada (6), contudo, em casos em que a IF não se enquadrava na classificação proposta – por se tratar de uma orientação de cunho informativo/educacional e que não exigia uma mudança nas condutas assistenciais – esta era classificada como “orientação informativa”. O algoritmo apresentado na Figura 2 auxiliava os farmacêuticos nesta classificação.

Figura 2. Algoritmo de classificação das Intervenções Farmacêuticas quanto ao tipo de Resultado Negativo associado ao Medicamento ou orientação informativa, utilizado pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado.



Fonte: Adaptado do Terceiro Consenso de Granada (6).

O indicador aferia também a quantidade total de conciliações medicamentosas realizadas na admissão do paciente, e de orientações de alta. Já para avaliar o montante de pacientes que tiveram sua prescrição analisada, foi utilizado o indicador “pacientes-dia acompanhados”, entendida como a soma do número de pacientes internados a cada dia em um determinado período. Essa grandeza representava, com maior exatidão, a capacidade de atendimento do SFC, pois considera todas as avaliações realizadas independente da necessidade de IF. Por outro lado, o indicador “número de pacientes atendidos” não refletiria, necessariamente, o número de vezes que cada paciente teve suas prescrições avaliadas, subestimando os achados e, portanto, não foi calculada.

3.5.2 Critérios de inclusão

Incluíram-se dados do banco de indicadores de IFs colhidos por meio do indicador padronizado pela DIASF, em pacientes acompanhados pelo SFC dos hospitais públicos da SES/DF, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2018.

3.5.3 Critérios de exclusão

Excluíram-se indicadores de hospitais que deixaram de pertencer à rede hospitalar pública da SES/DF durante o período de investigação, além de informações de unidades não concordaram em participar da pesquisa, ou que não tenham enviado seus dados à DIASF no ano de 2018.

3.5.4 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva utilizando os programas Microsoft Excel® na versão 2019 e IBM SPSS® na versão 25. As variáveis numéricas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão, e as variáveis nominais, por números absolutos e proporções.

Foram realizadas correlações por meio de estatística não-paramétrica para amostras independentes, pelo coeficiente de Spearman. Valores de r_s positivos denotam associação das variáveis em um mesmo sentido, já valores de r_s negativos, traduzem associações em sentidos opostos. Em relação à força da associação, valores de r_s entre 0 e 0,3 foram interpretados como inexistência de associação; entre 0,3 e 0,5 como fraca; entre 0,5 e 0,7, moderada; entre 0,7 e 0,9, forte; e acima de 0,9, muito forte (53). Foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$, para $\alpha = 0,05$.

3.5.5 Considerações éticas

3.5.5.1 Riscos

Julgamos que o presente estudo conferiu risco aos pacientes e profissionais de saúde participantes. Em relação aos pacientes, as atividades prestadas pelo SFC são regulamentadas pela legislação brasileira, assim como pela Portaria 187, de 27 de julho de 2015, da SES/DF. O risco, desse modo, seria a possibilidade de perda do anonimato, já que os bancos de dados possuem o número de registro de prontuário e as iniciais do nome de cada um. Contudo, reitera-se que os dados pessoais dos pacientes não foram foco de análise, tampouco foram divulgados, e serviam apenas de registro interno do NFC. Além disso, apenas os pesquisadores tiveram acesso ao banco de dados na íntegra.

3.5.5.2 Benefícios

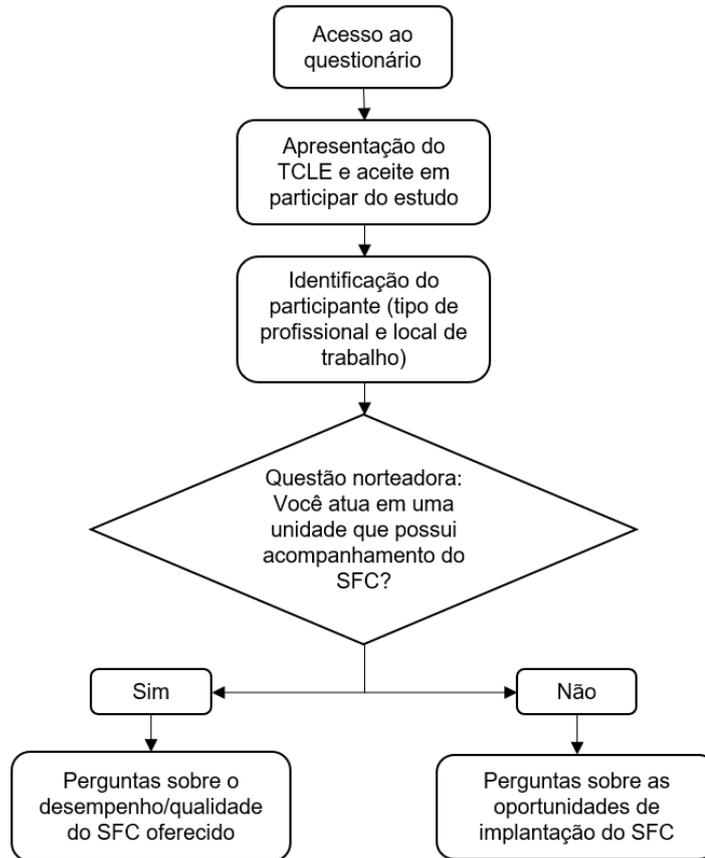
Não se identificam benefícios diretos aos participantes deste estudo, contudo, ao auxiliar na análise dos indicadores do SFC desenvolvido nos hospitais públicos da SES/DF os participantes contribuíram de forma indireta para o aperfeiçoamento do serviço e da área de conhecimento da Farmácia Clínica.

3.6 PESQUISA DE PERCEPÇÃO SOBRE AS ATIVIDADES E AÇÕES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NA OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Estudo observacional descritivo quantitativo e qualitativo, que realizou uma pesquisa com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, etc.) para coletar suas opiniões sobre os serviços clínicos providos por farmacêuticos nos hospitais públicos da SES/DF. A pesquisa foi realizada em dois momentos: fevereiro de 2017, e fevereiro de 2019. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário eletrônico, cujo link de acesso ficou disponível por quatro semanas, em cada momento. Para divulgação da pesquisa, foi redigido um convite contendo o link para que direcionava à página do questionário, sendo divulgado nas redes sociais de profissionais de saúde da SES/DF, a partir de replicações da DIASF e dos farmacêuticos clínicos dos NFCs.

A pesquisa tinha caráter voluntário de participação. Ao acessar a página inicial da pesquisa o respondente, após aceitar participar e ter acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), preenchia informações sobre o tipo de profissional e local de atuação. Em seguida, era questionado se atuava em unidade assistencial acompanhada pelo SFC, sendo que, a depender da resposta, direcionava-se a um grupo específico de perguntas sobre a qualidade dos serviços clínicos prestados pelos farmacêuticos clínicos, ou sobre as oportunidades de atuação desse serviço em sua unidade (Figura 3). A maioria das questões era do tipo fechada (o respondente escolhia a melhor opção dentre as opções de resposta pré-definidas), mas haviam algumas do tipo aberta, nas quais o profissional poderia expressar sua crítica, elogio ou sugestão de forma livre. Apenas as perguntas iniciais, até a pergunta direcionadora, tinham caráter obrigatório de resposta. (Anexo 3).

Figura 3. Fluxograma sobre o direcionamento para grupos de perguntas específicos, utilizado na pesquisa sobre a percepção dos profissionais de saúde relação ao Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde.



Fonte: do autor.

3.6.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os respondentes que aceitaram participar da pesquisa, que declararem-se profissionais de saúde e que atuavam na SES/DF.

3.6.2 Critérios de exclusão

Excluíram-se as respostas de profissionais que se declararam farmacêuticos clínicos atuantes no SFC da SES/DF, residentes (de qualquer profissão) ou estudantes (de qualquer profissão).

3.6.3 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva utilizando os programas Microsoft Excel® na versão 2019 e IBM SPSS® na versão 25. As variáveis quantitativas foram descritas por medidas de tendência central e dispersão, e as variáveis qualitativas, analisadas quanto ao conteúdo e classificadas como elogios quando traziam comentários positivos, e como sugestões/críticas quando traziam algum julgamento de valor.

Foram realizadas comparações entre as pesquisas por meio de estatística não-paramétrica para amostras independentes, pelo teste de Mann-Whitney, contextualizando com aspectos evolutivos do serviço e Teste Qui quadrado para variáveis independentes. Foi considerado significativo os valores de $p < 0,05$ e $\alpha = 0,05$.

3.6.4 Considerações éticas

3.6.4.1 Riscos

A participação dos profissionais de saúde foi voluntária, e o instrumento de coleta de dados apresentava o objetivo do inquérito, informações sobre a utilização dos dados, e o TCLE (o inquérito de 2017 foi dispensado de apresentação de TCLE, pois foi uma pesquisa de interesse da DIASF, prévia a esta dissertação). Apenas após declarar ciente das informações e aceitar participar do estudo o respondente avançava para o ambiente de perguntas. O maior risco nesta etapa era a perda de anonimato do profissional. Essa circunstância, porém, era remota, uma vez que não foram coletados dados pessoais como nome, sexo e idade. Além disso, o questionário era breve e composto majoritariamente de questões fechadas, diminuindo o risco de cansaço. Contudo, o respondente era alertado para não o fazê-lo durante atividades que exigiam sua atenção, e que poderia desistir de preenchê-lo a qualquer momento antes do envio.

3.6.4.1 Benefícios

Não se identificam benefícios diretos aos participantes deste estudo, contudo, ao contribuir com suas opiniões sobre a qualidade dos serviços clínicos

providos pelo farmacêutico, o profissional auxiliava de forma indireta para o aperfeiçoamento do SFC.

3.7 IDENTIFICAÇÃO DOS DESAFIOS E FACILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

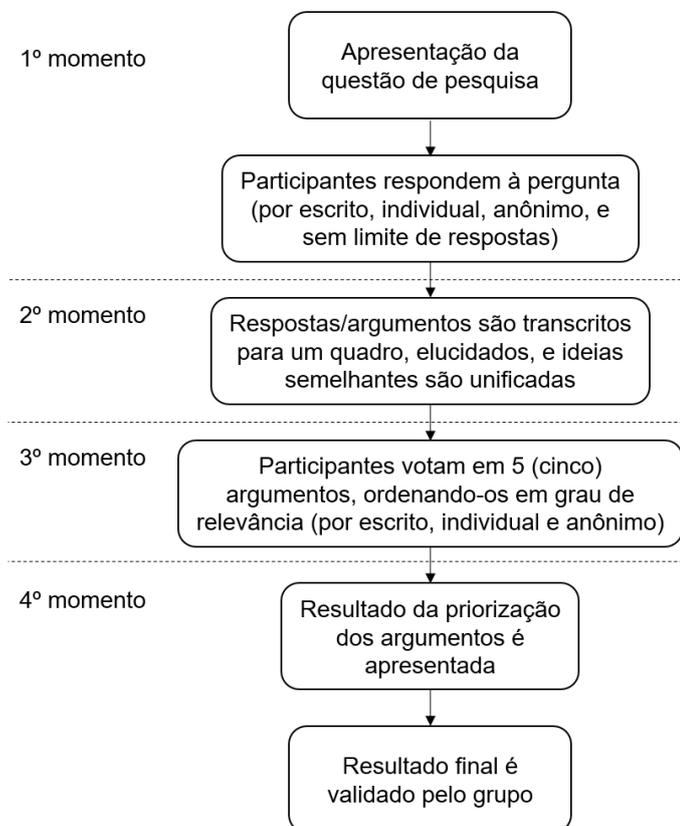
Estudo observacional qualitativo realizado por meio da Técnica de grupo nominal (54), com farmacêuticos clínicos que atuavam nos NFCs dos hospitais públicos da SES/DF. O objetivo do experimento foi identificar desafios e facilidades para o desenvolvimento dos serviços clínicos providos por farmacêuticos, do ponto de vista dos próprios farmacêuticos executores do serviço. A técnica foi realizada em uma amostra de conveniência, representada pelos farmacêuticos clínicos que participaram em uma das reuniões periódicas da GAFAE/DIASF.

O método foi empregado por sua capacidade de diminuir o viés de uma discussão em grupo, uma vez que confere igual oportunidade a cada participante para apresentar os argumentos. Em sua execução foram apresentadas duas indagações: (i) “quais os desafios para o desenvolvimento dos serviços clínicos providos por farmacêuticos no ambiente hospitalar”; e (ii), “quais as facilidades para o desenvolvimento dos serviços clínicos providos por farmacêuticos no ambiente hospitalar”. A técnica de grupo nominal foi realizada isoladamente para cada indagação.

A sessão dividiu-se em quatro momentos. No primeiro, os farmacêuticos clínicos eram apresentados à questão e registravam suas considerações por escrito, de forma individual e anônima. No segundo momento, as respostas foram transcritas para um quadro, as ideias foram clarificadas (quando necessário) e, por consenso, argumentos semelhantes foram reunidos em um único termo. No terceiro, cada participante escolhia, de forma individual e anônima em um outro papel, até 5 (cinco) argumentos em ordem de relevância, valorando em cinco pontos o de maior relevância, em quatro pontos o seguinte, até chegar em um ponto para o de menor relevância. No quarto e último momento apresentou-se o resultado da priorização conforme pontuação (da maior para a menor), e o resultado era discutido entre os

respondentes para validar o resultado (Figura 4). Ainda, caso o grupo considere que o resultado final não representa adequadamente a resposta à questão, o 3º e 4º momentos podem ser repetidos.

Figura 4. Fluxograma das principais etapas da Técnica de grupo nominal.



Fonte: adaptado de Pope, C. e Mays, N. (54).

3.7.1 Critérios de inclusão

Participaram farmacêuticos que atuavam nos NFCs dos hospitais públicos da SES/DF, que estavam presentes no encontro, e que aceitaram participar do experimento por meio da assinatura do TCLE.

3.7.2 Critérios de inclusão

Não houve critérios de exclusão.

3.7.3 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva utilizando o programa Microsoft Excel® versão 2019.

3.7.4 Considerações éticas

3.7.4.1 Riscos

Antes da realização da oficina os participantes foram instruídos sobre as etapas da técnica, sendo sua participação de caráter voluntário. A técnica utilizada de grupo nominal reduz a possibilidade de desconforto, angústia ou cansaço do participante, uma vez que diminui a interação entre os mesmos e mostra-se ágil e veloz na consolidação do resultado. A duração da interação foi prevista em aproximadamente duas horas. Mesmo assim, os pesquisadores forneceram água e lanche para maior conforto dos participantes, além de possibilitar um intervalo.

3.7.4.2 Benefícios

Não se identificaram benefícios diretos aos participantes do estudo. Contudo, ao compartilhar suas opiniões sobre os desafios e facilidades para desenvolvimento do serviço pelos farmacêuticos, os participantes colaboraram com o desenvolvimento do SFC.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS GERAIS

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados apenas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo que este estudo fora submetido aos CEPs da Universidade de Brasília (UnB) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) do DF.

A etapa de análise do banco de dados de IFs foi dispensada da aplicação do TCLE, uma vez que a maior parte dessa análise foi retrospectiva.

A edição de 2017 da pesquisa de percepção dos profissionais de saúde sobre o SFC foi eximida da aplicação do termo por já ter sido realizada como parte da

rotina de acompanhamento da GAFAE/DIASF. Já na edição de 2019, houve aplicação.

Por fim, na etapa do grupo nominal com farmacêuticos para a avaliação das facilidades e desafios para o desenvolvimento do SFC nos hospitais públicos da SES/DF houve a aplicação do TCLE.

O estudo recebeu aprovação dos CEPs da UnB e FEPECS, registrado sob os números de parecer 2.831.408 e 2.965.440, respectivamente.

4 RESULTADOS

4.1 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

A criação do SFC na SES/DF, no primeiro semestre de 2015, foi desencadeado por uma conjuntura social e política marcada pela crescente incidência de infecções por bactérias multirresistentes no ambiente hospitalar. Naquela época, a imprensa local publicava reportagens sobre os riscos dessas infecções, a dificuldade das equipes assistenciais em tratá-las, e sua relação com o uso abusivo e irracional de antimicrobianos (55,56). Em resposta, a SES/DF, por sua Coordenação de Infectologia publicou o “Plano de enfrentamento da resistência bacteriana nas áreas críticas dos hospitais públicos do GDF”, que recomendou, entre suas medidas, a inclusão do farmacêutico clínico na equipe de saúde, com o propósito de avaliar a segurança e racionalidade do uso dos agentes anti-infecciosos (44).

Esse cenário favorável abriu as portas para a implantação e desenvolvimento dos serviços clínicos providos por farmacêuticos nos hospitais públicos da SES/DF, sendo a DIASF incumbida de organizar este processo. Nesta narrativa, será apresentado o processo de implantação repartido em três momentos, cada qual com seu enredo: fase de preparação; de implantação; e expansão. O Quadro 5 apresenta os marcos deste processo nos três primeiros anos de desenvolvimento.

Quadro 5. Principais marcos do processo de implantação do Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de 2015 a 2018

Fase	Mês / ano	Descrição
Preparação	Junho / 2015	Publicação do “Plano de enfrentamento da resistência bacteriana nas áreas críticas dos hospitais públicos do GDF”.
	Julho / 2015	Publicação da Portaria 187, de 23 de julho de 2015, que criou o Serviço de Farmácia Clínica na SES/DF.
	Setembro / 2015	Início do I Curso de Capacitação em Farmácia Clínica.
	Outubro / 2015	Nomeação de farmacêutico para o acompanhamento dos Serviços de Farmácia Clínica na GAFAE/DIASF.
Implantação	Novembro / 2015	Implantação do primeiro serviço de Farmácia Clínica no HBDF.
	Janeiro / 2016	Publicação do Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016, que criou os Núcleos de Farmácia Clínica em todos os hospitais.
Expansão	Março / 2017	Incorporação de residências multiprofissionais.
	Agosto / 2017	Início do II Curso de Capacitação em Farmácia Clínica.
	Março / 2018	Criação do “Boletim da Farmácia Clínica”.
	Junho / 2018	Publicação da Portaria 683, de 26 de junho de 2018, que aprovou “Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede SES/DF”.

Fonte: do autor. GDF= Governo do Distrito Federal. SES/DF= Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. GAFAE= Gerência da Assistência Farmacêutica Especializada. DIASF= Diretoria de Assistência Farmacêutica.

4.1.1 Fase de preparação

Considerando que o “Plano de enfrentamento da resistência bacteriana nas áreas críticas dos hospitais públicos do GDF” e o novo status de racionalidade que se queria alcançar na antibioticoterapia, as seguintes atividades foram recomendadas ao farmacêutico: (i) participar das visitas multiprofissionais à beira leito nas áreas críticas; (ii) realizar intervenções farmacêuticas para promoção do uso seguro e racional dos agentes anti-infecciosos; (iii) auxiliar equipe de enfermagem no aprazamento e preparo dos medicamentos; e, (iv) monitorar as atividades e resultados por indicadores.

A fase de preparação foi marcada por ações que fomentavam o desenvolvimento sustentado do novo serviço. Tendo em vista o novo ambiente no qual o farmacêutico precisava ser inserido, e antevendo a possibilidade de ele ser absorvido pelas atividades habituais da farmácia hospitalar (gestão do estoque,

dispensação, etc.), a estratégia primária foi oficializar a criação do SFC. Este ato se deu pela publicação da Portaria 187, de 23 de julho de 2015, no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) (45).

A nomeação dos profissionais que integrariam o SFC em cada hospital ocorreu de maneira voluntária entre profissionais já atuantes na farmácia hospitalar. Desta forma, possivelmente os farmacêuticos teriam um perfil mais proativo, e um melhor conhecimento do ambiente hospitalar, para enfrentar os desafios que iriam surgir durante o processo. Contudo, como o grupo era bastante incipiente nas práticas do cuidado farmacêutico, à DIASF coube organizar um curso de capacitação (57).

O “I Curso de Capacitação em Farmácia Clínica” foi realizado em setembro de 2015, e contou com a participação de profissionais de saúde da SES/DF e da UnB para o ministramento das aulas. A capacitação somou a carga horária de 60h, sendo dividido em dois módulos. O primeiro módulo abordou temas mais gerais como conceitos e legislações, farmacovigilância, comunicação entre profissionais e pacientes, semiologia farmacêutica, pesquisa em bases de dados e registro da evolução farmacêutica. O segundo, aprofundou os estudos das situações clínicas frequentes em unidades de tratamento intensivo (UTIs), entre os quais destacamos a interpretação de exames laboratoriais, farmacologia de antimicrobianos, parâmetros gasométricos e cuidados com dispositivos invasivos.

Para garantir o acompanhamento e suporte do SFC, foi criada na GAFAE uma nova vaga de trabalho, sendo ocupada por um farmacêutico com experiência em gestão e nas práticas de cuidado farmacêutico em pacientes hospitalizados. Este estrategista tinha por função: (i) desenvolver e padronizar indicadores; (ii) estabelecer uma rede de comunicação entre os farmacêuticos clínicos; (iii) verificar as necessidades operacionais para o desenvolvimento da atividade (definição do escopo de atividades, disponibilização de fontes bibliográficas, acesso ao prontuário do paciente no sistema informatizado, padronização de fichas e instrumentos, etc.); e (iv) organizar e mediar os encontros presenciais entre os colegas para dialogar sobre as dificuldades e compartilhar conquistas. Dentre essas medidas, o provimento de recursos operacionais geralmente é o mais complexo, já que depende de ações que fogem da governabilidade da área. Como exemplo citamos pendências relacionadas às ações de informatização, como o desenvolvimento de um painel para o registro e

acompanhamento das IFs, e que dispusesse de relatórios de produtividade e indicadores. Em virtude dessa dificuldade, criamos planilhas de controle a parte.

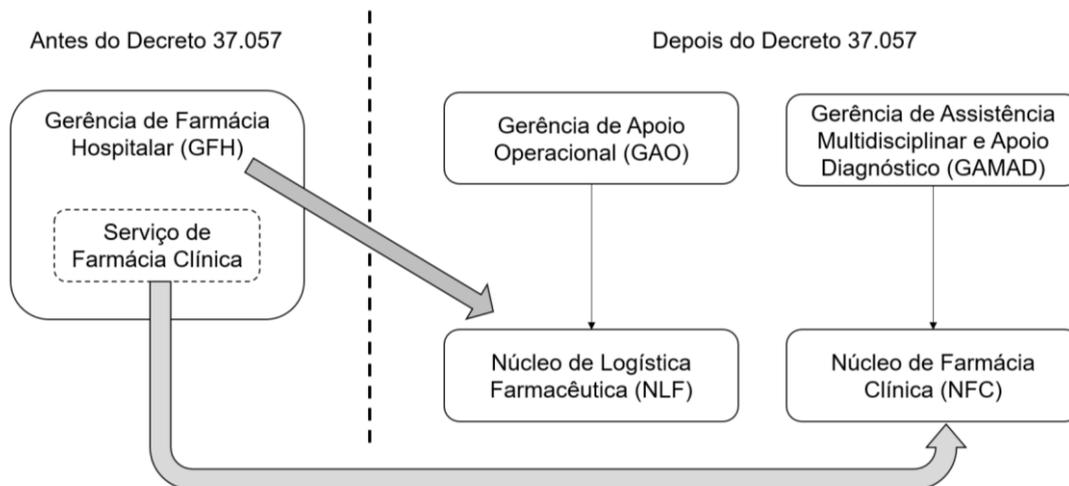
Ainda, entre os principais desafios desta fase citam-se a necessidade de capacitação dos farmacêuticos nas novas práticas, e a escassez de experiências na literatura que versassem sobre a implantação de SFCs, sobretudo em uma instituição ampla e diversificada como a rede hospitalar da SES/DF. Além disso, a ansiedade dos farmacêuticos e da gestão sobre a receptividade do novo serviço pelas equipes de saúde era constante. Por outro lado, entre os aspectos facilitadores destaca-se a autonomia técnica e política da DIASF, que teve total apoio e liberdade da alta gestão para normatizar e organizar serviço. É importante frisar, acima de tudo, a disposição dos farmacêuticos que se voluntariaram como pioneiros para a implantação do SFC em cada hospital.

4.1.2 Fase de implantação

O primeiro serviço efetivamente implantado, ou seja, que passou a enviar os indicadores de sua atividade à GAFAE/DIASF, foi do HBDF, em novembro de 2015. Até o final do primeiro trimestre de 2016 cerca de metade dos hospitais da rede pública tiveram seus SFCs implantados e, até fim do mesmo ano, apenas um hospital ainda permanecia com essa pendência, e que seria resolvida apenas em agosto de 2018. A justificativa do atraso para a implantação foi justificada em razão de um extenso projeto de mudança do sistema de distribuição de medicamentos, de dose coletiva para dose individualizada, e que exigiu o envolvimento de toda sua equipe de farmacêuticos (58).

Em janeiro de 2016, o Decreto no 37.057 alterou o organograma administrativo da SES/DF. Com isso, o SFC, que antes existia apenas como uma atividade dentro da Gerência de Farmácia Hospitalar (GFH), foi promovido a NFC e, desde então, passou a responder à Gerência de Assistência Multidisciplinar e Apoio Diagnóstico (GAMAD). Já a GFH foi renomeada em Núcleo de Logística Farmacêutica (NLF), sendo vinculado à Gerência de Apoio Operacional (GAO) (59) (Figura 5). Mais tarde, o NLF foi renomeado para Núcleo de Farmácia Hospitalar (NFH), pois entendeu-se, corretamente, que sua atividade não se limitava apenas às atividades logísticas.

Figura 5. Organograma apresentando a organização dos serviços farmacêuticos nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, antes e depois da publicação do Decreto 37.057, de 14 de janeiro de 2016.



Fonte: do autor. GFH= Gerência de Farmácia Hospitalar. GAO= Gerência de Apoio Operacional. GAMAD= Gerência de Assistência Multidisciplinar e Apoio Diagnóstico. NLF= Núcleo de Logística Farmacêutica. NFC= Núcleo de Farmácia Hospitalar.

4.1.3 Fase de expansão

Com a maioria dos SFCs implantados, a fase de expansão teve por característica desenvolver ações para o fortalecimento do serviço e proporcionar melhor entendimento e visibilidade das atribuições clínicas do farmacêutico pela equipe de saúde.

No início de 2017 houve a incorporação de alunos do programa de residência multiprofissional, coordenado pela FEPECs, ao SFC de alguns hospitais. Já em agosto de 2017 promoveu-se o “II Curso de Capacitação em Farmácia Clínica”, dessa vez em parceria com o Hospital Universitário de Brasília (HUB), vinculado à UnB. A capacitação foi realizada por meio de aulas expositivas semanais e atividades de ensino a distância, com uma carga horária total de 96 horas. Das 50 vagas oferecidas, 2/3 foram ocupadas por farmacêuticos clínicos e hospitalares da SES/DF, e o restante por profissionais do HUB (60).

A gestão centralizada da GAFAE/DIASF também contribuiu para expandir a visibilidade do farmacêutico clínico com o lançamento do “Boletim de Farmácia Clínica”, um editorial de veiculação bimestral, e cujo propósito era difundir entre os profissionais de saúde as possibilidades de atuação do farmacêutico clínico processo

de cuidado (61,62). O conteúdo é aberto, e disponibilizado no sítio eletrônico da SES/DF (www.saude.df.org.br/informativos-diasf). Entre outras ações centralizadas podemos citar a elaboração um “Manual da Qualidade para serviços farmacêuticos desenvolvidos nos hospitais públicos da SES/DF”, para determinar diretrizes mínimas para a elaboração de Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) das atividades, e a elaboração de notas técnicas com orientações sobre aspectos relacionados ao preparo, estabilidade, administração e demais cuidados, sugestões de aprazamento e alertas de risco de medicamentos, as quais integravam a prescrição médica, e eram visíveis a qualquer profissional da equipe de saúde que consultasse a prescrição de um paciente.

Outro fato marcante foi a aprovação de um parâmetro mínimo da força de trabalho de farmacêuticos clínicos, e que considerava o a quantidade de leitos que um farmacêutico assistia, sendo dependente à complexidade da unidade assistencial (Quadro 6). Esse parâmetro foi proposto a partir da discussão de uma das reuniões da GAFAE/DIASF com os farmacêuticos clínicos, e considerou recomendações existentes (24,43). O parâmetro proposto foi aceito pela SES/DF, e publicado no “Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede SES/DF”, que foi aprovado pela Portaria nº.683, de 26 de junho de 2018 (63,64).

Quadro 6. Parâmetro de dimensionamento de farmacêuticos por leito proposto pelo “Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede SES/DF”.

Tipo de unidade	Quantidade de leitos a ser acompanhado por 1 farmacêutico clínico
UTI neonatal	15
UTI pediátrica	20
UTI adulto	20
Enfermaria	30

Fonte: Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede SES/DF, 2018. SES/DF= Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. UTI= unidade de tratamento intensivo.

4.2 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E ATIVIDADES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

O SFC era desenvolvido em cada hospital pelo respectivo NFC, o qual contava com profissionais lotados em seu departamento. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos hospitais e NFCs da rede hospitalar pública da SES/DF.

Tabela 1. Caracterização dos Núcleos de Farmácia Clínica do Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em janeiro de 2018.

Hospital	Leitos do hospital*	Leitos de UTI* [n (%)]	Quantitativo de farmacêuticos clínicos no NFC**	Horas semanais de farmacêutico clínico no NFC**	NFC tem apoio de residentes? **	Número de unidades assistenciais atendidas pelo SFC**	Relação de leitos /farmacêutico clínico**
Hospital 1	323	76 (23,5)	2	40	sim	2	161,5
Hospital 2	443	23 (5,2)	4	60	sim	6	110,8
Hospital 3	440	18 (4,1)	2	80	sim	1	220,0
Hospital 4	421	20 (4,8)	1	20	não	1	421,0
Hospital 5	58	0 (0)	1	30	não	3	58,0
Hospital 6	239	10 (4,2)	1	40	não	4	239,0
Hospital 7	151	20 (13,2)	2	80	não	4	75,5
Hospital 8	473	100 (21,1)	3	120	sim	2	157,7
Hospital 9	59	0 (0)	3	100	sim	3	19,7
Hospital 10	153	0 (0)	1	40	não	5	153,0
Hospital 11	124	0 (0)	1	40	não	2	124,0
Hospital 12	83	0 (0)	2	60	sim	2	41,5
Hospital 13	253	18 (7,1)	1	40	não	1	253,0
Hospital 14	357	16 (4,5)	4	40	sim	4	89,3
Hospital 15	702	68 (9,7)	5	118	sim	6	140,4
Total	4279	369 (8,6)	33	908	-	46	129,7

Fonte: *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). UTI= unidade de terapia intensiva. NFC= Núcleo de Farmácia Clínica. SFC= Serviço de Farmácia Clínica.

Verifica-se heterogeneidade entre os indicadores de tamanho dos hospitais e de força de trabalho dos NFCs. Enquanto alguns hospitais contam com mais de 400 leitos (33,3%), outros possuem menos de 100 leitos (20%), e 10 (66,6%) dispunham

de leitos de UTI. Em seis NFCs (40%), o quadro funcional era composto por apenas um farmacêutico, o qual, conseqüentemente, assumia a chefia. Nesses casos não era possível o apoio de residentes, pois, pelas regras vigentes do programa de residências multiprofissionais, chefes de núcleo não podiam assumir preceptoría.

Cada NFC teve a liberdade de eleger as unidades assistenciais acompanhadas. Contudo, a DIASF mantinha a orientação de priorização das unidades críticas – UTIs. Ainda assim, profissionais de qualquer unidade assistencial poderiam solicitar a assistência do farmacêutico clínico para avaliação de algum caso. A participação nas sessões clínicas multiprofissionais à beira do leito sempre foi estimulada pela gestão central da GAFAE/DIASF, pois imaginava-se ser este um momento estratégico tanto para se familiarizar dos casos clínicos como também para o reconhecimento do farmacêutico perante a equipe de saúde, fortalecendo a confiança em suas intervenções e, conseqüentemente, aumentando a aceitabilidade a elas. Ademais, sempre que possível, parcerias com os Núcleos de Controle de Infecção Hospitalar (NCIH) e Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) eram incentivadas.

Para auxiliar os farmacêuticos clínicos na execução das atividades, a GAFAE/DIASF convocava-os, bimestralmente, para reuniões de gestão do serviço. Nestes encontros eram realizadas apresentações sobre as experiências desenvolvidas em cada NFC, discutiam-se dificuldades enfrentadas, propunham-se soluções, assim como planejavam-se ações para o crescimento do serviço. Este era um momento oportuno para a troca de informações e para manter a união e motivação dos profissionais. A gestão centralizada também elaborou um “Manual da Qualidade para serviços farmacêuticos desenvolvidos nos hospitais públicos da SES/DF”, o qual subsidiava a elaboração de POPs, formulários e instrumentos. O Quadro 7 apresenta a distribuição de responsabilidades entre a gestão central e os NFCs nas ações/atividades/serviços do SFC.

Quadro 7. Responsabilidades da gestão central e dos Núcleos de Farmácia Clínica nas principais ações/atividades/serviços realizados pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Atividade	Comentários sobre a atividade	Responsabilidade da gestão central	Responsabilidade do NFC
Visita multiprofissional	Momento importante para o farmacêutico desenvolver a capacidade de raciocínio clínico. Também é fundamental para o reconhecimento do farmacêutico pelas demais equipes, e construção de laços de confiança.	Viabilizar a participação.	Participar das visitas.
Acompanhamento farmacoterapêutico	Serviço mais elaborado e completo do farmacêutico clínico. Exige grande capacidade técnica pois engloba diversos métodos.	Capacitar, instrumentalizar e elaborar os POPs.	Exercer a atividade.
Evolução Farmacêutica	Atividade indispensável para a comunicação na equipe de saúde, assim como é um registro oficial e obrigatório das orientações/sugestões clínicas.	Viabiliza o acesso ao prontuário de paciente.	Registrar a evolução no prontuário do paciente e disseminar a informação à equipe de saúde.
Registro de IFs e avaliação de sua aceitação	As IFs são encaminhadas à equipe de saúde, e sua aceitação é verificada em até 48 horas.	Elaborar POPs.	Exercer a atividade.
Conciliação medicamentosa	Atividade importante para conhecer e avaliar a manutenção da farmacoterapia habitual do paciente.	Elaborar POPs.	Exercer a atividade.
Orientação de alta	Atividade importante para orientar o paciente ou cuidador sobre o uso e cuidados com os medicamentos.	Elaborar POPs.	Exercer a atividade.

Quadro 7. Responsabilidades da gestão central e dos Núcleos de Farmácia Clínica nas principais ações/atividades/serviços realizados pelo Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. (conclusão)

Educação em saúde	<p>Diversas estratégias podem ser utilizadas.</p> <p>Ações à equipe de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientações sobre diluição/estabilidade/administração de medicamentos; • Informações sobre interações (com medicamentos, alimentos, exames, etc.); • Alertas sobre medicamentos potencialmente perigosos; <p>Ações ao paciente ou cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiais educativos sobre uso, conservação e descarte de medicamentos 	Elaborar e fornecer os materiais.	Divulgar materiais e investigar novas necessidades.
-------------------	--	-----------------------------------	---

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). NFC= Núcleo de Farmácia Clínica. IF= intervenção farmacêutica. PRM= problema relacionado a medicamento. POP= procedimento operacional padrão.

4.3 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS E INDICADORES DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

A amostra contemplou o trabalho realizado em doze hospitais da rede pública da SES/DF, que juntos somavam 3.220 leitos (75,2%) e, em cujos NFCs atuavam 35 farmacêuticos que dedicavam, acumuladamente, 710 horas semanais ao serviço. A Tabela 2 apresenta os indicadores gerais da amostra, de 2015 até 2018.

Tabela 2. Indicadores gerais do Serviço de Farmácia Clínica em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, de 2016 a 2018.

Indicador	2016	2017	2018	Total
Pacientes-dia internados* (n)	725.607	723.022	831.213	2.279.842
Pacientes-dia acompanhados** (n)	7.637	28.359	37.561	73.557
Taxa de cobertura (%)	1,1	3,9	4,5	3,2
IFs** (n)	2.556	6.973	12.666	22.416
Taxa de IFs por paciente-dia acompanhado	0,33	0,25	0,34	0,31
IFs direcionadas a médicos** [n (%)]	1.536 (56,5)	3.266 (42,2)	5.803 (45,8)	10.605 (45,9)
IFs aceitas por médicos** [n (%)]	1.296 (84,4)	2.673 (81,8)	4.773 (82,3)	8.742 (82,4)
IFs direcionadas a demais profissionais de saúde** [n (%)]	746 (27,5)	1.589 (20,5)	2.428 (19,2)	4.763 (20,6)
IFs aceitas por demais profissionais de saúde** [n (%)]	714 (95,7)	1.556 (97,9)	2.388 (98,4)	4.658 (97,8)
IFs sem avaliação de aceitação** [n (%)]	434 (16,0)	2.875 (37,2)	4.435 (35,0)	7.744 (33,5)

Fonte: *Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). IF= intervenção farmacêutica.

No período do estudo, foram acompanhados mais de 70 mil pacientes-dia, o que representa o mesmo montante em prescrições analisadas. Nessa população, registraram-se 22.416 IFs. A classe médica foi o principal remetente das intervenções, em praticamente metade das oportunidades (45,9%), e cerca de um quinto (20,6%) direcionava-se a outros profissionais que compunham a equipe de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, etc.). Eventualmente, uma mesma intervenção poderia estar direcionada a mais de uma categoria profissional. O restante (33,5%) não tiveram avaliação de aceitação – em razão de óbitos, altas ou transferências do doente, ou por se tratar de intervenções de cunho orientativo/educacional, e que não exigiam necessariamente uma modificação na farmacoterapia.

A taxa média de IF por paciente-dia acompanhado foi de 0,31, o que representa cerca de uma intervenção a cada três prescrições analisadas. A taxa de aceitação no grupo dos demais profissionais de saúde foi superior à aceitação no grupo de médicos (97,8% vs 82,4%).

4.3.1 Análise detalhada do banco de dados e indicadores do serviço de farmácia clínica de 2018

Em 2018, a amostra de hospitais acompanhou 37.561 pacientes-dia, cujos NFCs registraram 12.666 IFs. O perfil dos pacientes acompanhados tinha uma média de idade de 39,0 anos (DP +/- 29,6), sendo pouco mais da metade (50,2%) composta por indivíduos do sexo feminino. A taxa de cobertura em relação ao total de pacientes-dia do período foi de 4,5%. Os dados detalhados para cada hospital são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Indicadores de acompanhamento do Serviço de Farmácia Clínica em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por hospital, em 2018.

Hospital	Pacientes-dia internados* (n)	Pacientes-dia acompanhados** (n)	Taxa de cobertura (%)	IFs** (n)	Taxa de IF por paciente-dia acompanhado	Número de farmacêuticos no NFC* (n)	Relação de leitos/farmacêutico
Hospital 1	82.955	4.126	5,0	4.071	0,99	2	161,5
Hospital 2	161.118	3.313	2,1	793	0,24	6	110,8
Hospital 3	120.443	2.529	2,1	408	0,16	1	220,0
Hospital 4	111.105	426	0,4	100	0,24	1	421,0
Hospital 5	15.710	4.069	25,9	256	0,06	3	58,0
Hospital 6	50.065	976	1,9	177	0,18	4	239,0
Hospital 7	38.491	3.798	9,9	440	0,12	4	75,5
Hospital 8	137.214	4.707	3,4	1.705	0,36	2	157,7
Hospital 9	15.872	6.030	38,0	4.445	0,77	3	19,7
Hospital 10	41.741	1.596	3,8	39	0,02	5	153,0
Hospital 11	29.516	308	1,0	157	0,51	2	124,0
Hospital 12	26.983	5.683	21,1	75	0,01	2	41,5
Total	831.213	37.561	4,5	12.666	0,34	35	23,7

Fonte: *Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). IF= intervenção farmacêutica. NFC= Núcleo de Farmácia Clínica.

Verificou-se grande variação na taxa de cobertura entre os hospitais, desde 0,4% (Hospital 4) até 38,0% (Hospital 9). O mesmo ocorreu com a “taxa de IF por pacientes-dia acompanhados”, que varia de 0,01 até 0,99. A Tabela 4 apresenta o detalhamento das IFs em cada hospital.

Tabela 4. Indicadores detalhados das Intervenções Farmacêuticas registradas em uma amostra de 12 hospitais públicos Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, por hospital, em 2018.

Hospital	IFs (n)	IFs destinadas a médicos				IFs destinadas a demais profissionais de saúde					
		IFs [n (%)]	IFs aceitas [n (%)]	IFs não aceitas, mas justificadas [n (%)]	IFs não aceitas [n (%)]	IFs [n (%)]	IFs aceitas [n (%)]	IFs não aceitas, mas justificadas [n (%)]	IFs não aceitas [n (%)]	IFs sem avaliação de aceitação [n (%)]	IFs com potencial econômico [n (%)]
Hospital 1	4.071	2.273 (55,8)	2.056 (90,5)	124 (5,5)	93 (4,1)	1.728 (42,4)	1.707 (98,8)	17 (1,0)	4 (0,2)	70 (1,7)	199 (4,9)
Hospital 2	793	502 (63,3)	457 (91,0)	21 (4,2)	24 (4,8)	283 (35,7)	283 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (1,0)	114 (14,4)
Hospital 3	408	380 (93,1)	235 (61,8)	9 (2,4)	136 (35,8)	23 (5,6)	22 (95,7)	0 (0,0)	1 (4,3)	5 (1,2)	166 (40,7)
Hospital 4	100	73 (73,0)	55 (75,3)	5 (6,8)	13 (17,8)	5 (5,0)	5 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (22,0)	24 (24,0)
Hospital 5	256	207 (80,9)	164 (79,2)	12 (5,8)	31 (15,0)	22 (8,6)	21 (95,5)	0 (0,0)	1 (4,5)	27 (10,5)	15 (5,8)
Hospital 6	177	165 (93,2)	147 (89,1)	17 (10,3)	1 (0,6)	11 (6,2)	11 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	136 (76,4)
Hospital 7	440	433 (98,4)	380 (87,8)	15 (3,5)	38 (8,8)	7 (1,6)	6 (85,7)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	56 (12,7)
Hospital 8	1.705	1.420 (83,3)	974 (68,6)	134 (9,4)	312 (22,0)	283 (16,6)	271 (95,8)	1 (0,4)	11 (3,9)	2 (0,1)	360 (21,1)
Hospital 9	4.445	135 (3,0)	129 (95,6)	3 (2,2)	3 (2,2)	24 (0,5)	22 (91,7)	0 (0,0)	2 (8,3)	4.286 (96,4)	33 (0,7)
Hospital 10	39	37 (94,9)	14 (37,8)	4 (10,8)	19 (51,4)	2 (5,1)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (15,4)
Hospital 11	157	108 (68,8)	94 (87,0)	3 (2,8)	11 (10,2)	37 (23,6)	35 (94,6)	0 (0,0)	2 (5,4)	12 (7,6)	37 (23,6)
Hospital 12	75	70 (93,3)	68 (97,1)	1 (1,4)	1 (1,4)	3 (4,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,7)	10 (13,3)
Total	12.666	5.803 (45,8)	4.773 (82,3)	348 (6,0)	682 (11,8)	2.428 (18,8)	1.707 (98,4)	17 (0,7)	22 (0,9)	4.435 (35,0)	1.156 (9,0)

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). IF= intervenção farmacêutica.

Entre os hospitais, o Hospital 9 alcançou a maior taxa de cobertura assim como o maior número de IFs (4.445), embora a maior parte (96,4%) não teve sua aceitação verificada por se tratar de sugestões de cunho orientativo/educacional.

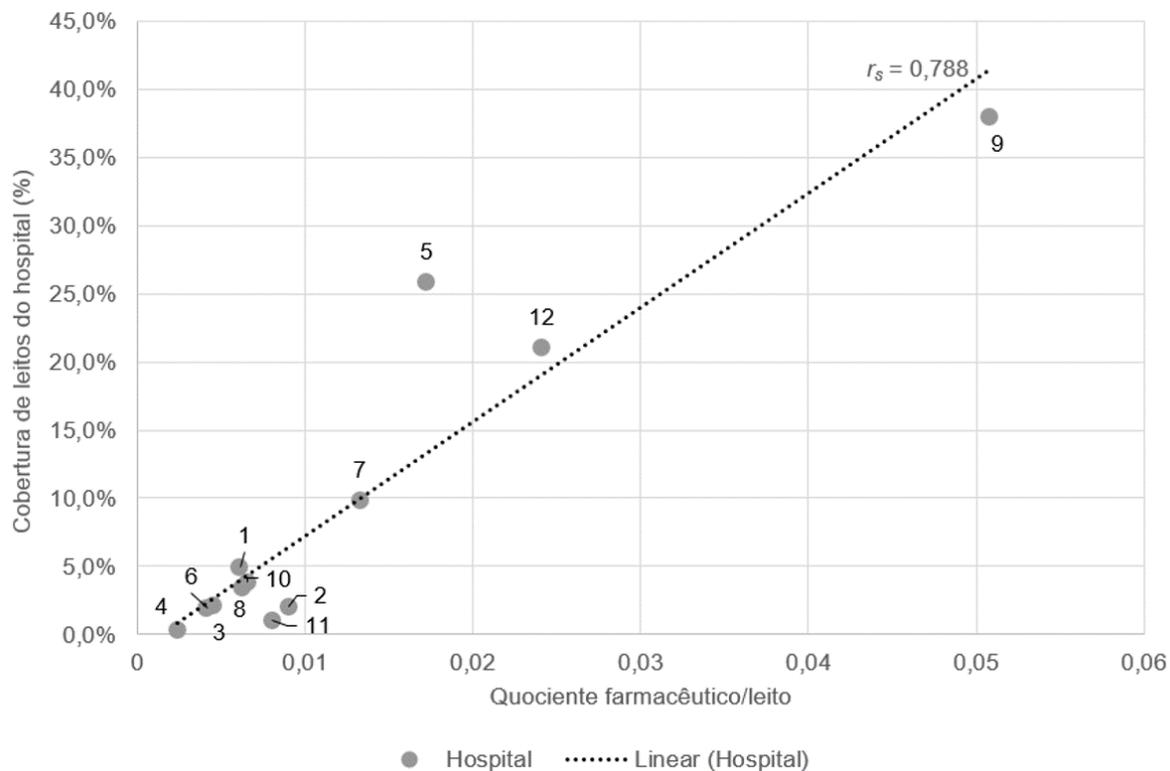
Em relação às IFs direcionadas à equipe médica e que não foram aceitas 348 (6,0%) foram justificadas. Já 682 (11,8%) não foram acatadas nem justificadas. Na categoria de demais profissionais de saúde, 17 (0,7%) foram justificadas, e 22 (0,9%) permaneceram injustificadas. Entre as justificativas apontadas, citam-se a disposição da equipe na manutenção da farmacoterapia, os cuidados de monitorização e as suspensões de tratamento.

Na categoria dos demais profissionais de saúde, a classe mais prevalente foi a da Enfermagem, com 2.137 (88,0%) registros, seguidos pela Farmácia Hospitalar com 85 (3,5%) e Paciente ou Cuidador com 38 (1,6%). As equipes de Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Fonoaudiologia e profissionais do NQSP foram alvo das IFs em apenas 96 (0,3%) ocorrências, e em 161 (6,6%) não houve identificação do profissional/equipe. Além disso, 1.156 (9,0%) de todas as IFs possuíam potencial econômico, ou seja, poderiam reduzir os custos do tratamento, seja pela indicação de medicamentos de menor custo e mesma indicação clínica, ou pela possibilidade de utilizar menores doses ou reduzir o tempo de tratamento.

O SFC também computou 1.053 conciliações medicamentosas no momento da admissão, com uma média de 6,0 (DP +/- 4,1) medicamentos conciliados por paciente, além de 201 orientações de alta hospitalar diretamente ao paciente, com média 6,5 (DP +/- 3,7) medicamentos. Um único hospital (Hospital 9) foi responsável por 49,0% das conciliações, e 80,6% das orientações de alta.

Ao avaliar a cobertura de pacientes-dia internados que foram acompanhados pelo SFC pelo quociente farmacêuticos/leito de cada hospital, a correlação de Spearman mostrou relação positiva e forte ($r_s=0,788$; $p=0,002$) entre as variáveis (Figura 6). De fato, os hospitais de maior cobertura (Hospital 9, 5, 12 e 7) tinham, respectivamente, um farmacêutico clínico para cada 19,7, 58,0, 41,5 e 75,5 leitos.

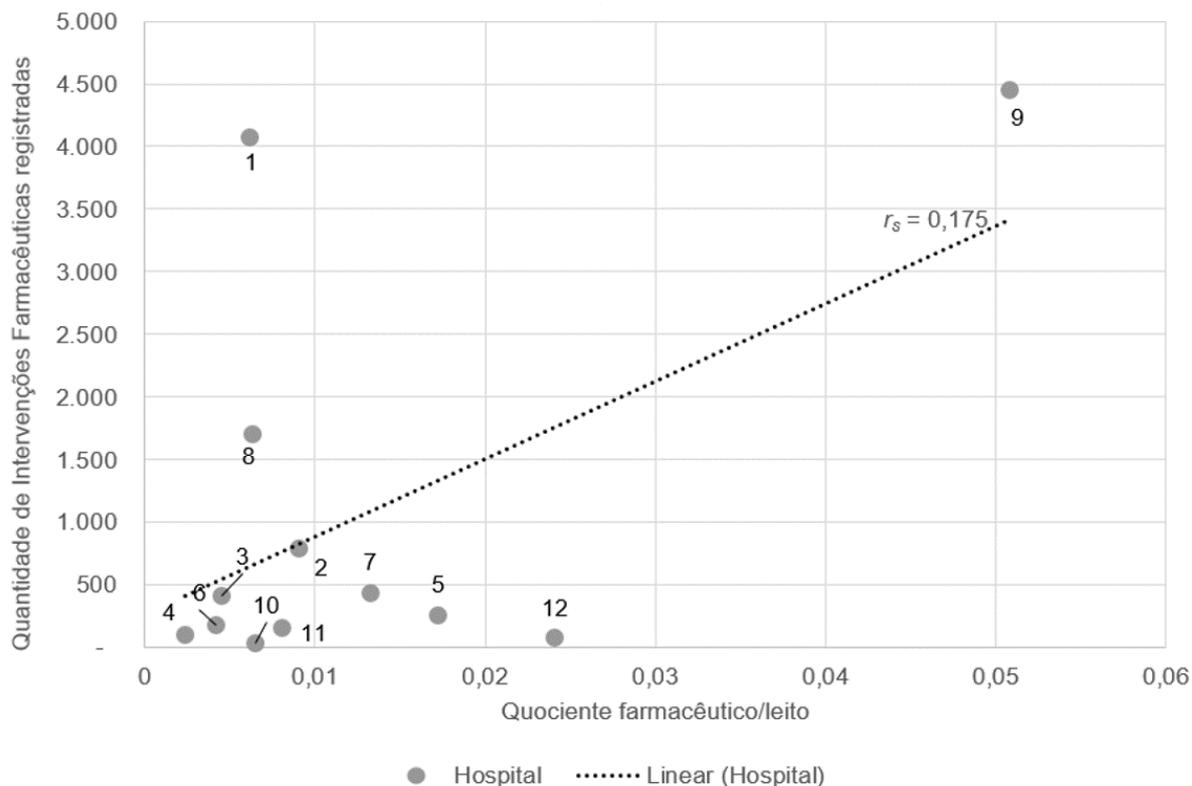
Figura 6. Correlação entre o quociente de farmacêutico/leito de cada hospital e cobertura de pacientes-dia acompanhados, em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018.



Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). Teste estatístico de Spearman.

Já ao realizar o mesmo exercício entre a quantidade de IFs registradas e o quociente farmacêutico/leito, o resultado não mostrou existência de relação ($r_s = 0,175$; $p = 0,587$) (Figura 7).

Figura 7. Correlação entre o quociente de farmacêutico/leito de cada hospital e quantidade de Intervenções Farmacêuticas realizadas, em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018.



Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). Teste estatístico de Spearman.

A Tabela 5 apresenta a classificação das IFs em relação à etapa do ciclo de uso dos medicamentos.

Tabela 5. Frequência absoluta e relativa e taxa de aceitação das Intervenções Farmacêuticas por etapa do ciclo de uso dos medicamentos em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.

Etapa	Frequência [n (%)]	Taxa de aceite por médicos (%)	Taxa de aceite por demais profissionais de saúde (%)	Potencialmente econômicas [n (%)]
Prescrição	8.468 (66,9)	82,5	98,6	825 (71,4)
Dispensação	754 (6,0)	80,5	97,2	203 (17,6)
Administração	1.798 (14,2)	76,7	98,4	84 (7,3)
Adesão	41 (0,3)	100,0	100,0	2 (0,2)
Qualidade	3 (0,02)	100,0	100,0	1 (0,1)
Utilização	1.166 (9,2)	85,2	98,4	27 (2,3)
Outras etapas	436 (3,4)	75,3	90,9	14 (1,2)
Total	12.666 (100,0)	82,3	98,4	1.156 (100,0)

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

Observou-se que a maior parte das IFs tiveram como origem a etapa da prescrição, o que corrobora com o fato de 2/3 delas se direcionarem à classe médica. Nessa etapa também encontramos a maior parcela das intervenções potencialmente econômicas. O detalhamento da distribuição das IFs em suas categorias secundárias de classificação em razão da etapa do processo de cuidado – que pode ser interpretado como PRMs identificados –, bem como suas respectivas taxas de aceitação, é apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Frequência absoluta e relativa das Intervenções Farmacêuticas por classificação principal e secundária da etapa do ciclo de uso dos medicamentos em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.

Etapa	Classificação secundária	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Taxa de aceitação geral* (%)
Prescrição		8.468		84,2
	Possível interação medicamento-medicamento clinicamente significativa	4289	50,6	97,6
	Dose acima das recomendações (sobredose)	565	6,7	69,9
	Necessidade de medicamento adicional	554	6,5	73,8
	Dose abaixo das recomendações (subdose)	426	5,0	79,0
	Possível incompatibilidade medicamentosa contraindicada	415	4,9	99,5
	Medicamento inapropriado ou contraindicado	293	3,5	78,6
	Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada	229	2,7	84,1
	Frequência ou horários de administração prescritos inadequados	216	2,6	75,8
	Duração do tratamento prescrita inadequada	210	2,5	76,0
	Possível interação medicamento-medicamento contraindicada	169	2,0	74,0
	Disponibilidade de alternativa medicamentosa mais custo efetiva	147	1,7	61,2
	Medicamento sem indicação clínica definida	141	1,7	71,0
	Medicamento em duplicidade na prescrição	88	1,0	78,2
	Prescrito medicamento não-padronizado	68	0,8	83,3
	Possível interação medicamento-alimento importante	62	0,7	96,8
	Outros problemas de prescrição	596	7,0	85,8

Tabela 6. Frequência absoluta e relativa das Intervenções Farmacêuticas por classificação principal e secundária da etapa do ciclo de uso dos medicamentos em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018. (continua)

Dispensação	754		82,9
Falta no estoque	635	84,2	80,6
Dose/quantidade incorreta	25	3,3	88,0
Forma farmacêutica incorreta	6	0,8	83,3
Medicamento incorreto	4	0,5	100,0
Outros problemas de dispensação	84	11,1	98,7
Administração	1.798		97,2
Incompatibilidade medicamentosa contraindicada	1204	67,0	99,4
Horário/frequência inadequada	212	11,8	92,2
Conservação/preparo inadequado (diluyente/estabilidade)	88	4,9	90,6
Dose/concentração inadequada	39	2,2	97,4
Omissão de doses (subdosagem)	18	1,0	94,1
Via inadequada	12	0,7	66,7
Adição de doses (sobredosagem)	10	0,6	100,0
Outros problemas de administração	215	12,0	93,8
Adesão	41		100,0
Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	13	31,7	100,0
Problema de acesso à medicação	10	24,4	100,0
Falta de adesão ao tratamento pelo paciente	7	17,1	100,0
Automedicação indevida pelo paciente	4	9,8	100,0
Continuação indevida do medicamento pelo paciente	2	4,9	100,0
Outros problemas de adesão	5	12,2	100,0
Qualidade	3		100,0
Armazenamento em local inadequado	2	66,7	100,0
Desvio de qualidade do medicamento	1	33,3	100,0
Uso de medicamento vencido	0	0,0	-
Outros problemas de qualidade	0	0,0	-

Tabela 6. Frequência absoluta e relativa das Intervenções Farmacêuticas por classificação principal e secundária da etapa do ciclo de uso dos medicamentos em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018. (conclusão)

Utilização	1166		88,2
Reação adversa importante	117	10,0	94,8
Interação medicamento-medicamento clinicamente significativa existente	44	3,8	70,7
Reação alérgica ou idiossincrática	26	2,2	100,0
Interação medicamento-alimento importante	9	0,8	100,0
Efeitos de descontinuação de um medicamento	7	0,6	85,7
Interação medicamento-medicamento contraindicada existente	7	0,6	71,4
Outros problemas de utilização	956	82,0	84,7
Outras etapas	436		78,8
Total	12.666	100,0	87,0

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). *Considera o somatório da aceitação por todas as classes profissionais que compõe a equipe de saúde.

A classificação das IFs quanto à estratégia de intervenção sugerida pelo farmacêutico clínico à equipe de saúde é apresentada na Tabela 7.

Tabela 7. Frequência absoluta e relativa e taxa de aceitação das Intervenções Farmacêuticas por estratégia de intervenção em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.

Estratégia	Frequência [n (%)]	Taxa de aceite por médicos (%)	Taxa de aceite por demais profissionais de saúde (%)	IFs potencialmente econômicas [n (%)]
Alteração na prescrição	3.919 (30,9)	75,2	87,9	978 (84,6)
Orientação de administração	1.143 (9,0)	92,9	98,0	77 (6,7)
Informação sobre dispensação	232 (1,8)	89,9	95,3	60 (5,2)
Necessidade de monitorização	598 (4,7)	96,7	100,0	8 (0,7)
Sinalização informativa	5.558 (43,9)	97,2	99,4	24 (2,1)
Aconselhamento ao paciente*	1.011 (8,0)	75,0	-	2 (0,2)
Outras intervenções	205 (1,6)	84,1	100,0	7 (0,6)
Total	12.666 (100,0)	82,3	98,4	1.156 (100,0)

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). *Nesta classificação, entende-se que a taxa de aceitação foi mensurada com o paciente/cuidador, ao invés do médico. IF= intervenção farmacêutica.

Observou-se que a maior parte das IFs adotou a estratégia de “sinalização informativa” (43,9%), sendo que esta não exigia, na maioria das vezes, modificações nas condutas assistenciais. Na segunda posição se apresentou as “alterações na

prescrição”, corroborando novamente com o fato de que 2/3 das IFs destinavam-se à classe médica. O detalhamento da distribuição das classificações secundárias de estratégia intervencionista, bem como suas respectivas taxas de aceitação, é apresentado na Tabela 8.

Tabela 8. Frequência absoluta e relativa e taxa de aceitação das Intervenções Farmacêuticas por estratégia de intervenção em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.

Estratégia	Classificação secundária	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Taxa de aceitação geral* (%)
Alteração na prescrição		3.919		75,4
	Suspensão de medicamento	632	16,1	76,6
	Adição de medicamento	631	16,1	73,9
	Substituição de medicamento por questões logísticas/estoque	576	14,7	76,5
	Substituição de medicamento por questões técnicas/clínicas	462	11,8	74,9
	Aumento de dosagem (clínico)	398	10,2	77,8
	Diminuição de dosagem (clínico)	373	9,5	72,0
	Alteração na posologia/horários de administração	295	7,5	77,9
	Ajuste de dose por função renal	206	5,3	67,0
	Alteração na forma farmacêutica / via de administração	170	4,3	81,7
	Alteração na concentração/diluição	71	1,8	69,0
	Ajuste de dose por função hepática	8	0,2	75,0
	Alteração de diluente	6	0,2	83,3
	Outras alterações na prescrição	91	2,3	78,9
Orientação de administração		1.143		97,6
	Orientação sobre aprazamento/horário de administração	705	61,7	98,1
	Orientação sobre administração/via	120	10,5	94,9
	Orientação sobre manipulação/preparo	101	8,8	99,0
	Orientação completa (uso/administração/armazenamento)	63	5,5	98,4
	Orientação sobre armazenamento/estabilidade	45	3,9	95,2
	Orientação sobre dose/posologia	26	2,3	95,8
	Outras orientações de administração	83	7,3	96,1

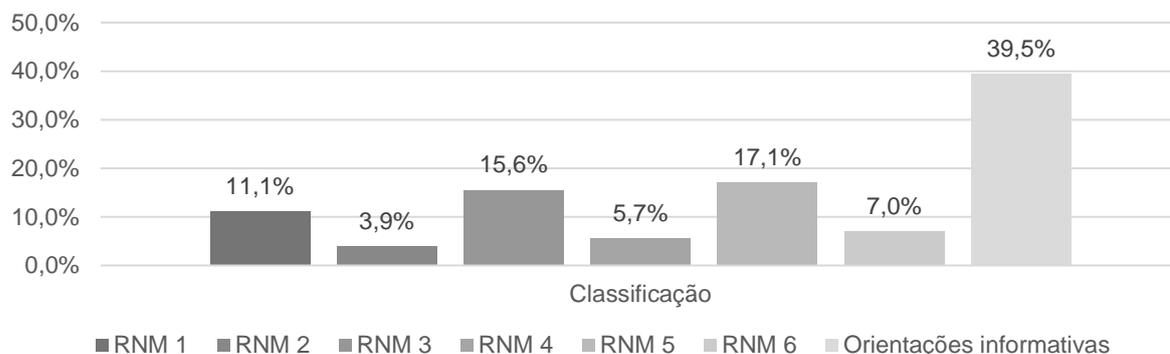
Tabela 8. Frequência absoluta e relativa e taxa de aceitação das Intervenções Farmacêuticas por estratégia de intervenção em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018. (conclusão)

Informação sobre dispensação	232		92,5
Informação sobre disponibilidade/logística	142	61,2	89,2
Orientação à Farmácia Hospitalar sobre dispensação	42	18,1	100,0
Necessidade de laudo/relatório	32	13,8	93,8
Outras informações sobre dispensação	16	6,9	100,0
Necessidade de monitorização	598		96,8
Recomendação de monitoramento não laboratorial	378	63,2	99,2
Recomendação para realização de exame laboratorial	146	24,4	90,1
Outras recomendações de monitorização	74	12,4	97,3
Sinalização informativa	5.558		98,3
Alerta de interação medicamento-medicamento clinicamente significativa	3714	66,8	98,9
Alerta de incompatibilidade	1074	19,3	99,9
Alerta de interação medicamento-medicamento contraindicada	194	3,5	97,8
Alerta de Reação Adversa a Medicamento	57	1,0	98,2
Outras sinalizações/alertas	519	9,3	80,2
Aconselhamento ao paciente	1.011		92,5
Aconselhamento sobre uso/adesão	538	53,2	100,0
Informação sobre acesso	17	1,7	100,0
Informação sobre disponibilidade/logística	2	0,2	0,0
Aconselhamento sobre medidas não farmacológicas	1	0,1	0,0
Encaminhamento a outro profissional de saúde	1	0,1	100,0
Outros aconselhamentos ao paciente/cuidador	452	44,7	75,0
Outras estratégias	205		94,0
Total	12.666	10,00	87,0

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). *Considera o somatório da aceitação por todas as classes profissionais que compõe a equipe de saúde.

Em relação à distribuição das intervenções quanto à classificação de RNM ou orientação informativa, a Figura 8 apresenta o panorama geral.

Figura 8. Distribuição relativa das Intervenções Farmacêuticas quanto a classificação de Resultado Negativo associado ao Medicamento ou orientação informativa, em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.



Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). RNM= resultado negativo associado ao medicamento.

A despeito da grande parcela de orientações informativas, e que não necessitavam de alterações nas condutas clínicas naquele momento, as IFs distribuíram-se, em ordem de frequência, nos RNMs do tipo 3 (inefetividade não quantitativa), do tipo 5 (insegurança não-quantitativa), e do tipo 1 (problema de saúde não tratado). O detalhamento de sua distribuição considerando a etapa do ciclo de uso dos medicamentos e a estratégia de intervenção sugerida são detalhados, respectivamente, nas Tabelas 9 e 10.

Tabela 9. Classificação das Intervenções Farmacêuticas por Resultado Negativo associado ao Medicamento ou orientação informativa, por etapa do ciclo de uso dos medicamentos em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). RNM= resultado negativo associado ao medicamento.

Etapa	Classificação						
	RNM 1 [n (%)]	RNM 2 [n (%)]	RNM 3 [n (%)]	RNM 4 [n (%)]	RNM 5 [n (%)]	RNM 6 [n (%)]	Orientações informativas [n (%)]
Prescrição	714 (50,7)	476 (95,4)	685 (34,7)	628 (86,5)	1.852 (85,3)	740 (83,3)	3.373 (66,9)
Dispensação	615 (43,7)	9 (1,8)	5 (0,3)	19 (2,6)	5 (0,2)	17 (1,9)	84 (6,0)
Utilização	24 (1,7)	8 (1,6)	13 (0,7)	9 (1,2)	142 (6,5)	48 (5,4)	922 (9,2)
Administração	17 (1,2)	6 (1,2)	1.264 (64,0)	66 (9,1)	165 (7,6)	65 (7,3)	215 (14,2)
Adesão	15 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,3)	2 (0,1)	5 (0,6)	17 (0,3)
Qualidade	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,0)
Outras etapas	22 (1,6)	0 (0,0)	6 (0,3)	2 (0,3)	6 (0,3)	13 (1,5)	387 (3,4)
Total	1.407 (100,0)	499 (100,0)	1.975 (100,0)	726 (100,0)	2.172 (100,0)	888 (100,0)	4.999 (100,0)

Tabela 10. Classificação das Intervenções Farmacêuticas por Resultado Negativo associado ao Medicamento ou orientação informativa, por estratégia de intervenção em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.

Estratégia	Classificação						
	RNM 1 [n (%)]	RNM 2 [n (%)]	RNM 3 [n (%)]	RNM 4 [n (%)]	RNM 5 [n (%)]	RNM 6 [n (%)]	Orientações informativas [n (%)]
Alteração na prescrição	1.149 (81,7)	479 (96,0)	234 (11,8)	622 (85,7)	420 (19,3)	767 (86,4)	248 (5,0)
Informação sobre dispensação	173 (12,3)	5 (1,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	6 (0,3)	5 (0,6)	42 (0,8)
Orientação de administração	24 (1,7)	9 (1,8)	630 (31,9)	69 (9,5)	150 (6,9)	50 (5,6)	211 (4,2)
Aconselhamento ao paciente	21 (1,5)	0 (0,0)	1 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,1)	10 (1,1)	975 (19,5)
Sinalização informativa	12 (0,9)	2 (0,4)	1.088 (55,1)	17 (2,3)	1.043 (48,0)	22 (2,5)	3.374 (67,5)
Necessidade de monitorização	5 (0,4)	3 (0,6)	6 (0,3)	10 (1,4)	515 (23,7)	22 (2,5)	37 (0,7)
Outras intervenções	23 (1,6)	1 (0,2)	15 (0,8)	7 (1,0)	35 (1,6)	12 (1,4)	112 (2,2)
Total	1.407 (100,0)	499 (100,0)	1.975 (100,0)	726 (100,0)	2.172 (100,0)	888 (100,0)	4.999 (100,0)

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). RNM= resultado negativo associado ao medicamento.

Verificou-se 2.814 variações farmacoterapêuticas – medicamentos isolados ou em combinação (interações) – envolvidas nas IFs, tendo a enoxaparina, representante da categoria de medicamentos potencialmente perigosos, o mais frequente, em 2,7% das ocorrências. Ainda, 1.230 (9,7%) IFs não descreveram os medicamentos envolvidos, mas consideravam toda a prescrição, configurando orientações mais gerais sobre os cuidados na prescrição, dispensação, armazenamento, preparo e uso os medicamentos. A lista das 30 farmacoterapias e interações medicamentosas mais recorrentes nas IFs é apresentada na Tabela 11. Destas, 9 (30,0) representaram interações medicamentosas, e 9 (30,0%) foram agentes terapêuticos da classe dos antimicrobianos/antifúngicos.

Tabela 11. Frequência absoluta e relativa dos medicamentos isolados ou Interações Medicamentosas mais envolvidos nas Intervenções Farmacêuticas, em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018.

Ordem	Medicamento(s)	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
1	Enoxaparina	341	2,7
2	Meropenem	239	1,9
3	Morfina X Ondansetrona (IM)	185	1,5
4	Haloperidol X Morfina	161	1,3
5	Vancomicina	136	1,1
6	Haloperidol X Ondansetrona (IM)	134	1,1
7	Omeprazol	132	1,0
8	Heparina	131	1,0
9	Ampicilina + Sulbactam	106	0,8
10	Dipirona X Furosemida	96	0,8
11	Pantoprazol	92	0,7
12	Furosemida X Midazolam (IM)	89	0,7
13	Dexametasona X Dipirona (IM)	88	0,7
14	Ranitidina	85	0,7
15	Cefepime	84	0,7
16	Levofloxacino	79	0,6
17	Polimixina B	78	0,6
18	Midazolam X Omeprazol (IM)	74	0,6
19	Ceftriaxona	73	0,6
20	Fenitoína	70	0,6
21	Hidrocortisona	68	0,5

Tabela 11. Frequência absoluta e relativa dos medicamentos isolados ou Interações Medicamentosas mais envolvidos nas Intervenções Farmacêuticas, em uma amostra de 12 hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em 2018. (conclusão)

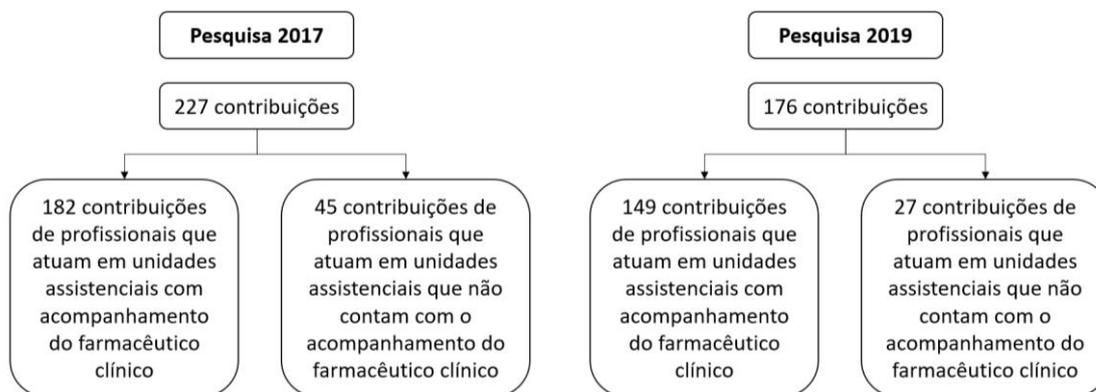
22	Metoclopramida X Morfina (IM)	68	0,5
23	Bromoprida	66	0,5
24	Domperidona X Ranitidina (IM)	65	0,5
25	Dipirona	61	0,5
26	Ciprofloxacino	60	0,5
27	Ondansetrona	60	0,5
28	Furosemida	56	0,4
29	Piperacilina + Tazobactam (IM)	55	0,4
30	Anidulafungina	51	0,4
-	Outros (2784 variações)	-	75,7
Total	2814 variações	12.666	100,0

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). IM= Interação medicamentosa.

4.4 PESQUISA DE PERCEPÇÃO SOBRE AS ATIVIDADES E AÇÕES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NA OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Realizou-se, nos meses de fevereiro de 2017 e 2019, pesquisas de percepção sobre o SFC com profissionais de saúde que atuavam nos hospitais públicos do DF. Contribuíram à pesquisa, respectivamente em cada uma das edições, 227 e 176 respondentes. A Figura 9 apresenta a distribuição da amostra, conforme a informação do respondente, sobre atuar ou não em unidade acompanhada pelo farmacêutico clínico.

Figura 9. Distribuição das contribuições na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica em cada grupo de perguntas, em 2017 e 2019.

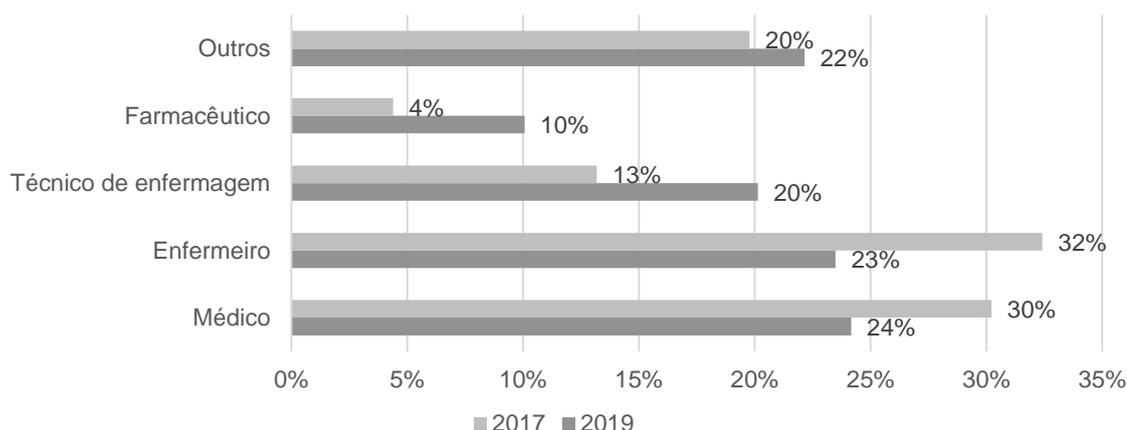


Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

4.4.1 Resultados da avaliação do Serviço de Farmácia Clínica na opinião de profissionais que atuavam em unidades que contavam com acompanhamento do farmacêutico clínico

Considerando as duas pesquisas, de 2017 e 2019, com profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo SFC, tivemos 182 e 149 participações respectivamente, totalizando 331 contribuições. As distribuições quanto ao tipo de profissional e unidade de atuação são apresentadas nas Figuras 10 e 11.

Figura 10. Frequência relativa de tipo de profissional, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, em 2017 e 2019.

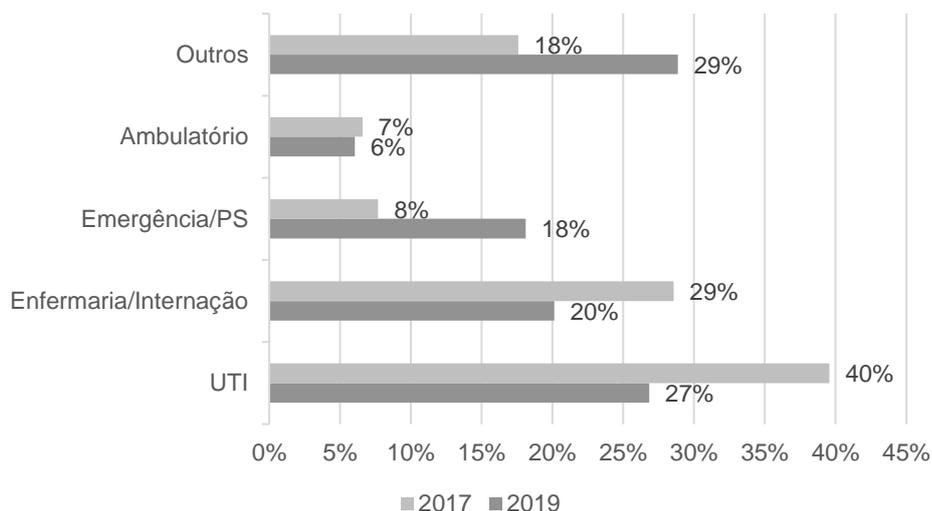


Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

Na figura anterior (Figura 10), a classificação “Outros” reúne as contribuições de fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos, psicólogo, assistentes

sociais, fonoaudiólogos, administrador, terapeuta ocupacional, técnicos de farmácia e administrativos.

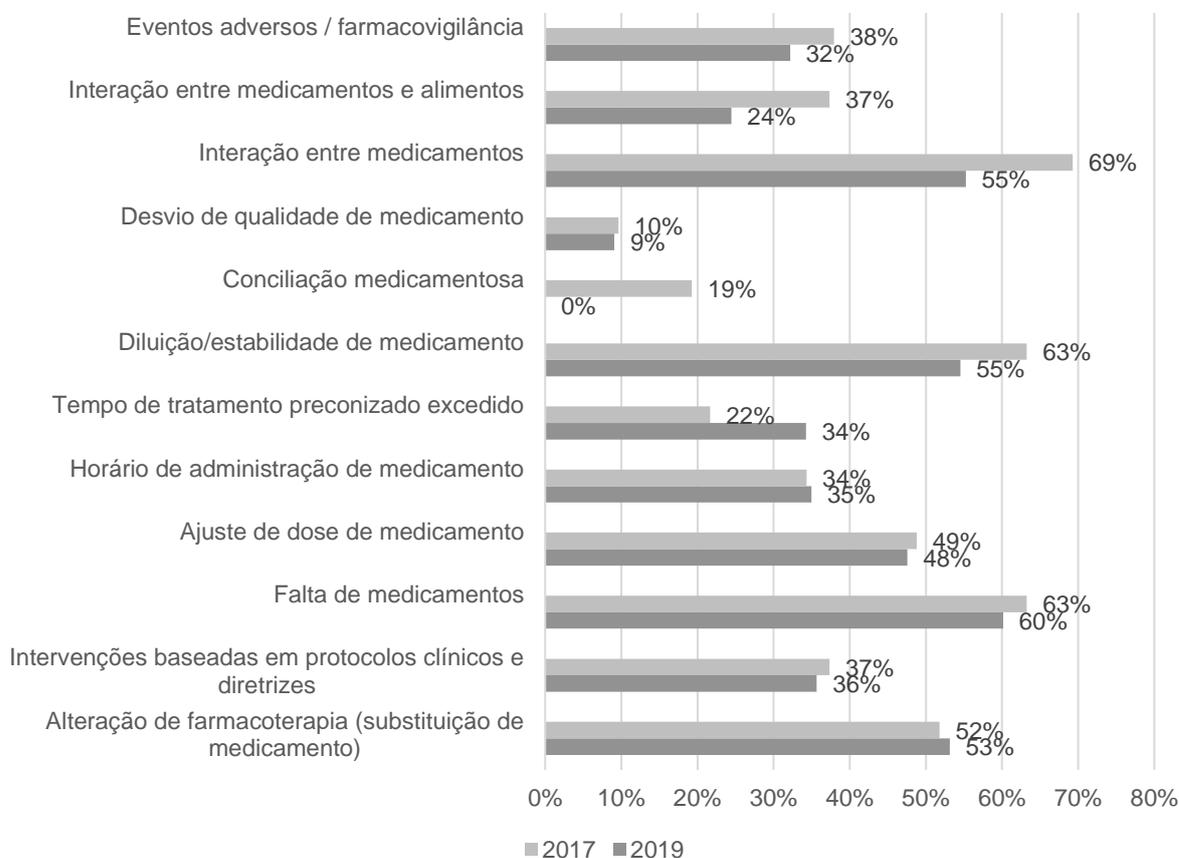
Figura 11. Frequência relativa do local de atuação do profissional, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.



Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

Em relação ao local, a classificação de “Outros” abrangeu respostas de profissionais que atuavam em bancos de leite, centros cirúrgicos e obstétricos, centrais de hemodiálise, laboratório, NQSP, SCIH e UPAs. Já quanto à percepção da presença do farmacêutico nas unidades assistenciais, ambas pesquisas aferiram que 28% dos entrevistados o percebiam semanalmente e, 55%, diariamente. Em relação à oferta do assessoramento técnico do farmacêutico clínico, ambas as pesquisas apontaram que 1/3 dos profissionais já tiveram essa necessidade. Entre as pesquisas, percebeu-se que a parcela de profissionais que teve contato com sugestões/orientações farmacêuticas aumentou, de 91% em 2017 para 96% em 2019 [o teste Qui quadrado de amostras independentes não mostrou associação significativa ($2, N=331$) = 3,5, $p=0,058$]. Os temas apontados pelos profissionais como aqueles que necessitam maior apoio técnico do farmacêutico são apresentados na Figura 12.

Figura 12. Frequência relativa dos temas que os profissionais sentiam maior necessidade de assessoramento técnico pelo farmacêutico clínico, segundo a pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.



Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

Quanto aos aspectos de qualidade relacionados à atuação do farmacêutico clínico em suas abordagens, utilizando uma escala de graduação do tipo “*Likert*”, a Tabela 12 apresenta os principais achados.

Tabela 12. Resultado e comparação das avaliações qualitativas (em escala *Likert*) da pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.

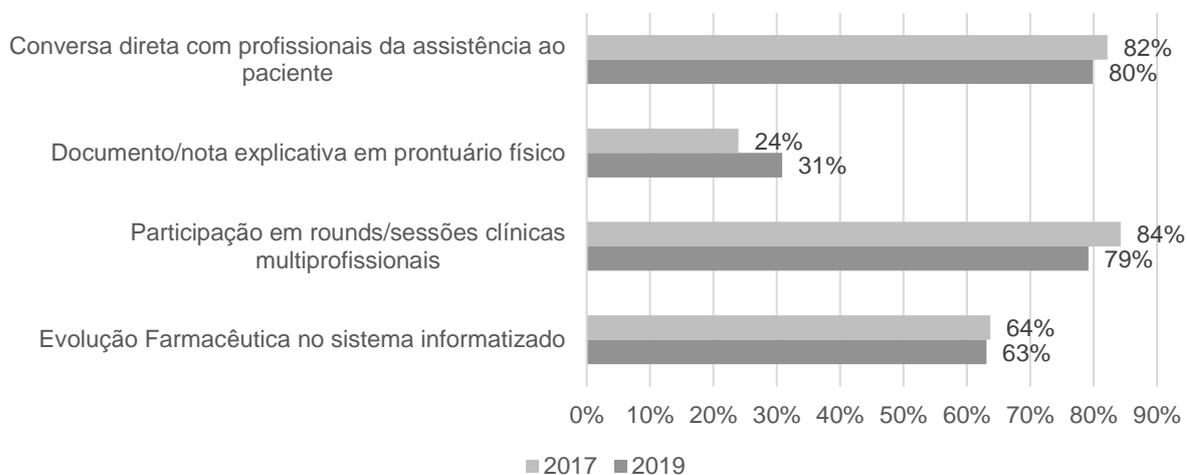
Extremos de resposta	Pergunta					Mediana	p
	Escala Likert						
Ano da pesquisa	Frequência de respostas [n / (%)]						
Avalie a relevância das informações prestadas pelo farmacêutico clínico em suas intervenções.							
<i>Pouca relevância (1) / Muita relevância (5)</i>	1	2	3	4	5		
2017	6 (3,0)	6 (3,0)	16 (9,0)	29 (16,0)	125 (69,0)	5	
2019	2 (1,0)	5 (3,0)	19 (13,0)	26 (17,0)	97 (63,0)	5	0,549
Avalie o nível de clareza das informações prestadas pelo farmacêutico clínico.							
<i>Pouca clareza (1) / Muita clareza (5)</i>	1	2	3	4	5		
2017	6 (3,0)	3 (2,0)	18 (10,0)	41 (23,0)	113 (62,0)	5	
2019	1 (1,0)	2 (1,0)	11 (8,0)	37 (25,0)	95 (65,0)	5	0,601
Classifique o profissionalismo/postura da atuação do farmacêutico clínico em suas intervenções multiprofissionais.							
<i>Postura inadequada e inconveniente (1) / Postura adequada e profissional (5)</i>	1	2	3	4	5		
2017	3 (2,0)	1 (1,0)	13 (9,0)	28 (19,0)	99 (69,0)	5	
2019	1 (1,0)	0 (0,0)	13 (9,0)	23 (16,0)	111 (75,0)	5	<0,001
De modo geral, avalie o grau de satisfação em relação ao Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido em sua unidade.							
<i>Pouco satisfeito (1) / Muito satisfeito (5)</i>	1	2	3	4	5		
2017	4 (2,0)	6 (3,0)	24 (13,0)	48 (27,0)	98 (54,0)	5	
2019	2 (1,0)	4 (3,0)	27 (18,0)	22 (15,0)	92 (63,0)	5	0,372

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). Teste estatístico de Mann-Whitney.

Na comparação das pesquisas, percebeu-se uma melhora significativa na postura e profissionalismo do farmacêutico clínico no exercício de suas atividades ($p < 0,001$). O mesmo não foi evidenciado pelas demais variáveis pesquisadas, contudo ressalta-se que todas estas tiveram uma mediana de 5,0, ou seja, mais da metade dos respondentes concedeu nota máxima a esses quesitos.

O questionário verificava também qual a forma de abordagem preferida pelo profissional de saúde. Esse resultado é apresentado na Figura 13.

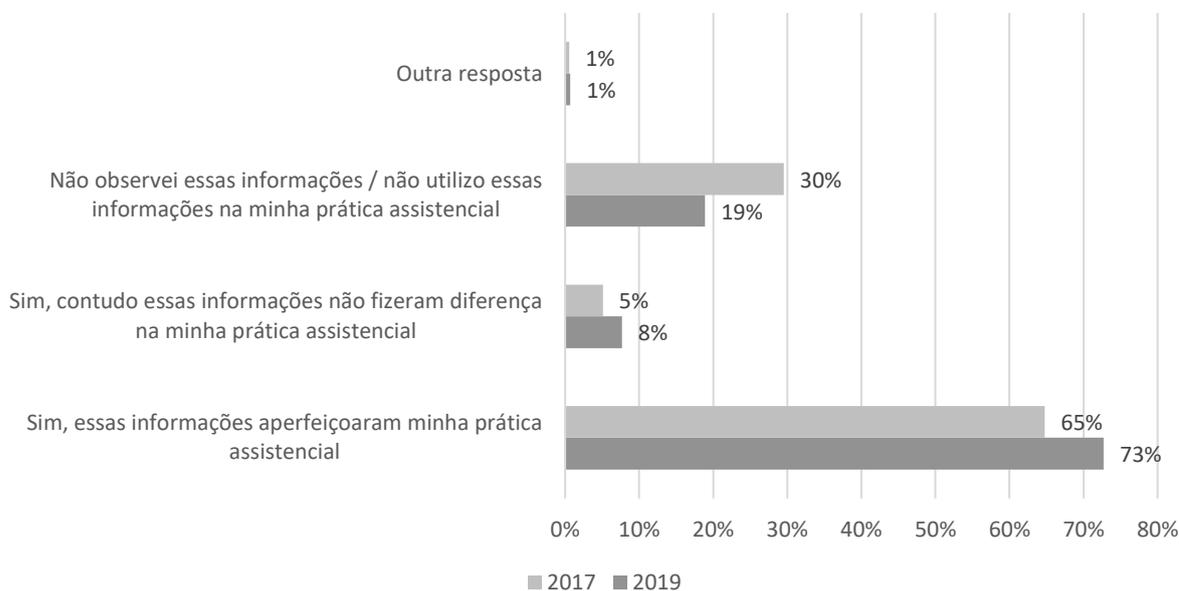
Figura 13. Frequência relativa da forma de abordagem preferível para a transmissão das intervenções do farmacêutico clínico, segundo a pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.



Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

E uma outra pergunta questionava o profissional de saúde sobre já ter percebido as orientações farmacêuticas existentes nas “Notas de processamento” da prescrição médica (instruções sobre diluição/estabilidade/infusão de medicamentos injetáveis), assim como se elas eram úteis à sua prática clínica (Figura 14).

Figura 14. Frequência relativa sobre a utilidade das orientações farmacêuticas presentes nas “Notas de processamento” da prescrição médica, segundo a pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.



Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

Em relação às manifestações abertas, tivemos 39 contribuições em 2017, sendo 38% classificadas em elogios, e 62% em sugestões ou críticas. Já em 2019, houve 34 manifestações, sendo 24% na forma de elogios, e 76% de sugestão ou crítica. O Quadro 8 traz alguns comentários classificados como elogios, colhidos nas pesquisas de 2017 e 2019.

Quadro 8. Comentários abertos classificados como elogios da pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.

Ano	Comentário	Respondente
2017	<i>Enquanto médica da (...), só tenho elogios ao Serviço de Farmácia. Somos um time! Estão sempre atentos às interações medicamentosas nas prescrições, acompanham internações, fazem orientações a todos os pacientes de alta, participam ativamente das discussões clínicas semanais. Além disso, quando surgem dúvidas quanto às vias de administração, vão atrás e nos retornam com um feedback embasado nas melhores evidências científicas. Aprendo todos os dias com cada membro da equipe!</i>	Médico (nº. 3)
2017	<i>A farmacêutica clínica (...) é muito disponível, estando ou não no hospital está sempre pronta a sanar dúvidas da prática farmacêutica e nos ajuda a prestar atendimento clínico de excelência multidisciplinar ao paciente. Muito bom poder contar com seu apoio. O provimento de materiais e medicamentos melhorou demais!!!!!! Parabéns!!!!</i>	Enfermeiro (nº 159)
2019	<i>Super importante a farmácia clínica em unidade hospitalar. Várias dúvidas são sanadas para melhorar o tratamento do paciente o mais rápido e seguro possível.</i>	Enfermeiro (nº. 45)
2019	<i>Tinha que ser mais valorizado, afinal ele é um profissional mais especializado na adequação de medicamentos para as diversas patologias, sem tirar o prestígio do médico, o farmacêutico clínico bem para somar e muito para evolução positiva para o paciente e uma maior assertividade. Já vi a interação da farmacêutica clínica tirar um paciente da uti e em seguida ele conseguir alta hospitalar.</i>	Auxiliar administrativo (nº. 82)

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

O Quadro 9 apresenta alguns comentários classificados como sugestões, colhidos nas pesquisas de 2017 e 2019.

Quadro 9. Comentários abertos classificados como sugestões da pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades acompanhadas pelo farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.

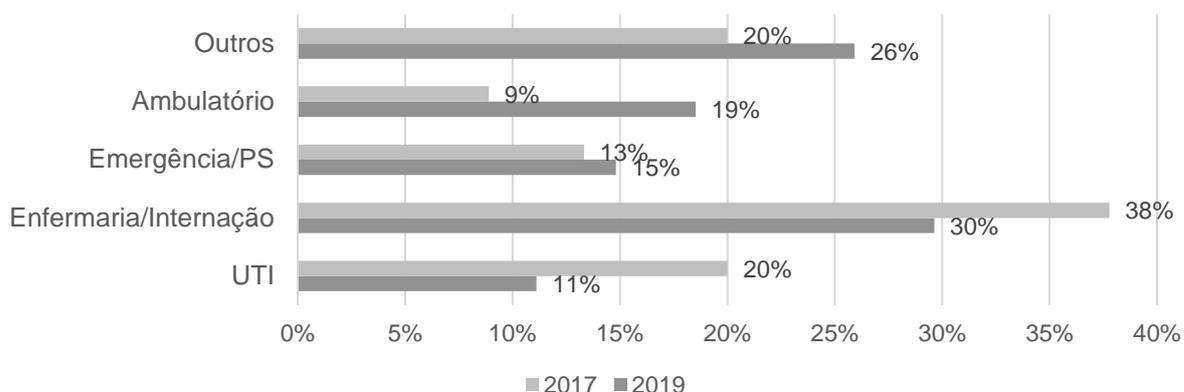
Ano	Comentário	Respondente
2017	<i>Como diz o ditado "cada macaco no seu galho" se cada um fizer o deve ser feito tudo flui bem. Agora querer prescrever, que é ato exclusivo do médico, por isso ato médico, (ou) criticar modificar as prescrições médicas, não. A prescrição é um ato médico.</i>	Médico (nº. 22)
2017	<i>Acho que é essencial que os médicos sejam abordados com mais frequência pelo serviço de farmácia clínica, considerando que a prescrição médica malfeita interfere diretamente na execução do cuidado prestado pelo restante da equipe.</i>	Técnico de enfermagem (nº.87)
2017	<i>Sugiro aumentar o quadro de servidores do Núcleo, tendo em vista que a equipe é composta apenas pela chefe, o que dificulta a execução de todas as atividades propostas pelo Núcleo.</i>	Técnico de enfermagem (nº.105)
2019	<i>Bom, temos apenas um farmacêutico clínico! É praticamente impossível ele estar presente a todo momento, em todos os setores, prestando todas informações consultada! É surreal na minha opinião!</i>	Fisioterapeuta (nº. 68)
2019	<i>Aumentar o número de profissionais farmacêuticos atuando na Farmácia Clínica, para conseguirem abranger todos os setores do Hospital com maior qualidade.</i>	Farmacêutico hospitalar (nº. 96)
2019	<i>Se faz necessária a disponibilização de mais ferramentas de pesquisa, RH e infraestrutura física como espaço destinado ao consultório farmacêutico.</i>	Farmacêutico hospitalar (nº. 135)

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

4.4.2 Resultados da avaliação do Serviço de Farmácia Clínica na opinião de profissionais que atuavam em unidades que não dispunham do acompanhamento do farmacêutico clínico

Nas pesquisas de 2017 e 2019, contribuíram 72 profissionais, representando todos hospitais da rede pública, sendo 45 na primeira edição, e 27 na segunda. As distribuições quanto ao tipo de profissional e unidade de atuação são apresentadas nas Figuras 15 e 16.

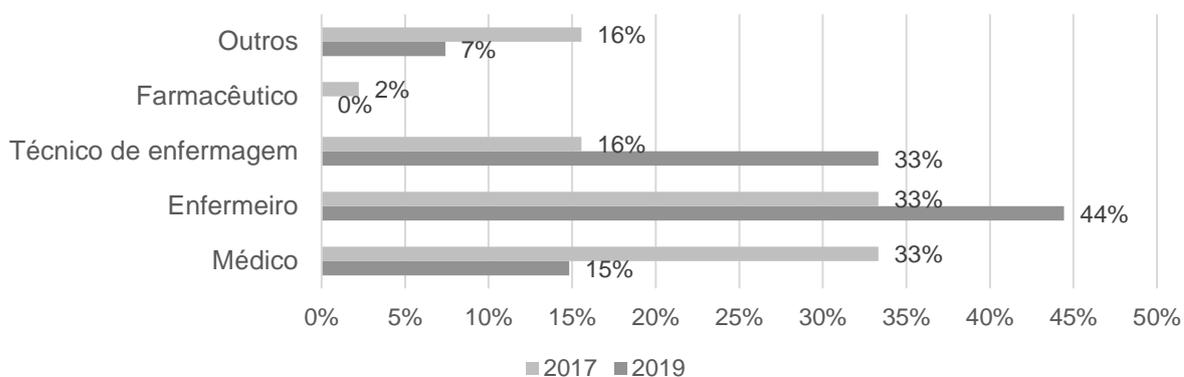
Figura 15. Frequência relativa de tipo de profissional, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades que não contavam com o acompanhamento do farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.



Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

Na figura anterior (Figura 15) a classificação “Outros” reúne profissionais que atuavam em setores do centro cirúrgico e gerências administrativas.

Figura 16. Frequência relativa do local de atuação do profissional, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades que não contavam com o acompanhamento do farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.

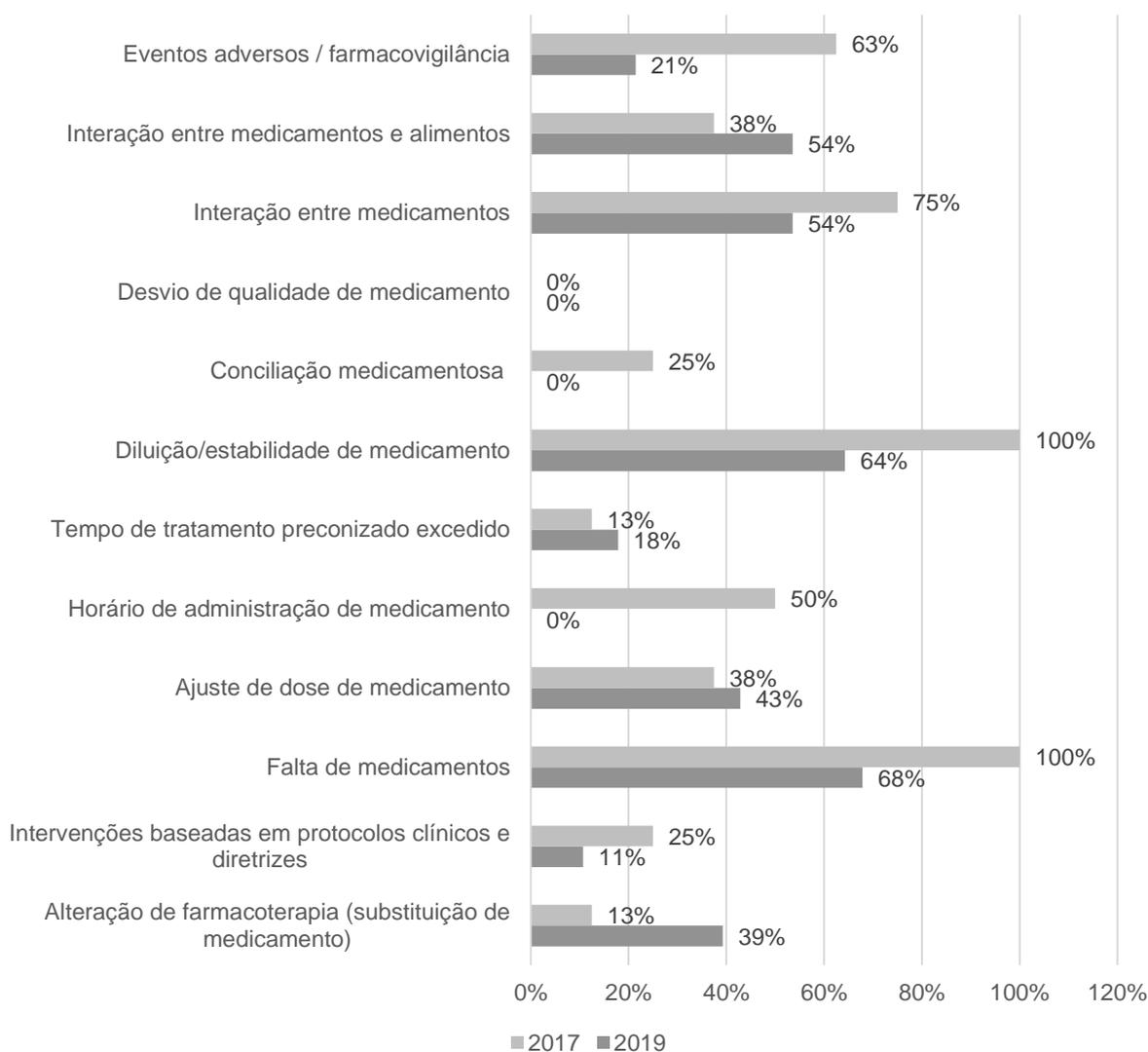


Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

Em relação aos profissionais reunidos na classificação “Outros” estão nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e técnicos administrativos. Em ambos os momentos, 90% dos respondentes afirmaram já terem sentido a necessidade do assessoramento do farmacêutico clínico. Ademais, 90% em 2017 e 96% em 2019, gostariam que as suas unidades contassem com o suporte do SFC [o teste Qui quadrado de amostras independentes não mostrou associação significativa

(2, N=35)=0,5, p=0,490]. Os temas nos quais os profissionais relataram maior necessidade do farmacêutico clínico são apresentados na Figura 17.

Figura 17. Frequência relativa dos temas que os profissionais declararam maior necessidade de assessoramento técnico pelo farmacêutico clínico, na pesquisa de percepção sobre o Serviço de Farmácia Clínica, considerando respostas de profissionais que atuavam em unidades que não contavam com o acompanhamento do farmacêutico clínico, em 2017 e 2019.



Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF).

4.5 IDENTIFICAÇÃO DOS DESAFIOS E FACILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Participaram desta etapa nove farmacêuticos clínicos, todos possuíam mais de um ano de experiência no serviço e representavam oito unidades da rede hospitalar pública da SES/DF. A oficina durou aproximadamente três horas, com uma pausa para descanso e lanche.

Em relação às facilidades para o desenvolvimento do SFC, foram sugeridos 19 aspectos na primeira rodada. Esses foram então reunidos em 15 argumentos, sendo novamente votados e ranqueados conforme grau de importância (Quadro 10).

Quadro 10. Facilidades apontadas pelos farmacêuticos clínicos do Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em dezembro de 2018.

Facilidade	Contexto	Pontuação	Ranking
Boa relação/apoio com equipe médica e demais serviços	Trabalho em conjunto com as equipes clínicas e serviços como o NCIH e NQSP.	28	1º
Apoio da DIASF (ferramentas, divulgação, visibilidade)	Apoio da DIASF aos NFC, subsidiando com ferramentas, apoio, defesa do serviço perante a SES/DF, etc.	19	2º
Apoio/boa relação com alta e média gestão e chefias	Relação favorável com instâncias superiores dentro de cada hospital	17	3º
Participar das sessões clínicas multiprofissionais	Participar das sessões clínicas multiprofissionais a beira do leito para colaborar no processo decisório do plano de cuidado	11	4º
Existir como núcleo	O NFC existente no organograma institucional.	10	5º
Acesso ao Micromedex	Acesso à base de dados Micromedex para consultas no ambiente de trabalho.	9	6º
Atuação dos residentes de farmácia clínica, farmacêuticos voluntários	Participação dos residentes de farmácia e farmacêuticos voluntários nos NFC.	8	7º
Boa relação com a farmácia hospitalar	Relacionamento colaborativos com o serviço de Farmácia Hospitalar e seus farmacêuticos.	6	8º
Força de vontade dos farmacêuticos clínicos	Equipe motivada e engajada em favor do desenvolvimento do serviço clínico farmacêutico em suas unidades e na SES/DF.	6	8º
Intervenções com resultados práticos e visíveis	O farmacêutico consegue perceber o resultado de suas intervenções, tanto na mudança de condutas clínicas quando na melhora da saúde do paciente.	3	9º
Lotação do farmacêutico nas unidades clínicas em que atua	Lotação do farmacêutico clínico na escala da unidade clínica em que atua (UTI, Enfermaria, etc..).	3	9º
Capacitação	Atividades de capacitação dos farmacêuticos clínicos oferecidas pela DIASF.	0	-
Consolidação e divulgação do trabalho do próprio núcleo	Promoção/difusão das realizações e conquistas do NFC dentro de seu ambiente/hospital.	0	-
Grupo de comunicação em rede do SFC	Grupo de comunicação entre os farmacêuticos clínicos da SES/DF, congrega todos os farmacêuticos de todos os hospitais e a GAFAE/DIASF.	0	-

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). NCIH= Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar. NQSP= Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. NFC= Núcleo de Farmácia Clínica. SES/DF= Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. UTI= unidade de tratamento intensivo. SFC= Serviço de Farmácia Clínica.

No que diz respeito aos desafios para o exercício das atividades clínicas, os farmacêuticos elencaram, inicialmente, 22 considerações. Na revisão, essas foram aglomeradas em 16 opções, sendo votadas e ranqueadas conforme grau de importância (Quadro 11).

Quadro 11. Desafios apontados pelos farmacêuticos clínicos Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em dezembro de 2018.

Desafio	Contexto	Pontuação	Ranking
Falta recursos humanos	Número baixo de farmacêuticos clínicos, que não possibilita atender aos parâmetros mínimos estabelecidos, ou abranger todas as oportunidades de atuação possíveis em cada hospital	31	1º
Resistência dos profissionais às sugestões do farmacêutico	Resistência de alguns profissionais da equipe de saúde (especialmente médicos) às atividades (orientações/intervenções) clínicas do farmacêutico	19	2º
Acesso a referências nas áreas de pediatria e neonatologia	Dificuldade de responder questões relacionadas a áreas específicas, principalmente neonatologia/pediatria	15	3º
Abastecimento irregular de medicamentos e materiais	O abastecimento irregular de medicamentos e materiais (faltas frequentes) atrapalha o desenvolvimento da farmácia clínica (limita possibilidades de intervenção, causa estresse entre equipe médica/assistencial e farmacêuticos, etc.)	13	4º
Infraestrutura física (falta de local para ficar, mobiliário, banheiro)	Falta de um espaço próprio para o NFC, com toda a estrutura adequada	10	5º
Comunicação com a equipe médica	Dificuldade de comunicação com a equipe médica, que se mostrava pouco disponível	8	6º
Falta de Apoio da alta gestão	Falta de apoio dos gestores dentro de cada hospital	8	6º
Falta da criação de protocolos/pops/rotinas/priorização na atividade da farmácia clínica	Ausência de protocolos/POPs/rotinas para a atividade da farmácia clínica	7	7º
Infraestrutura precária (software e hardware)	Serviços de informática precários e ultrapassados, tanto em relação à infraestrutura, equipamento, software e sistema hospitalar	7	7º
Melhorar a conciliação/comunicação entre farmácia clínica e hospitalar	Melhorar o relacionamento e comunicação entre os farmacêuticos do NFC e do NFH, de modo colaborativo e complementar	7	7º

Quadro 11. Desafios apontados pelos farmacêuticos clínicos Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido nos hospitais públicos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em dezembro de 2018. (conclusão)

Ampliar ações/serviços clínicos providos por farmacêuticos	Ampliar e desenvolver o rol de serviços realizados pelo farmacêutico clínico (prescrição de medicamentos, solicitação de exames, etc.)	5	8º
Capacitação	Neste caso faz alusão à lacuna existente na formação (graduação) do farmacêutico	3	9º
Discussão da atuação farmacêutica em grupos (rounds, trocas de experiências)	Falta de grupos de estudo/discussão de farmacêuticos para conversar sobre casos clínicos, experiências, etc.	1	10º
Distância física entre a farmácia clínica e as unidades clínicas	O NFC está localizado longe das unidades assistenciais	1	10º
Melhor organização dos serviços médicos e de enfermagem	Os serviços assistenciais apresentam-se bagunçados/desorganizados, o que dificulta a atividade do farmacêutico clínico	0	-
Reduzir a distância física entre a farmácia clínica e farmácia hospitalar	O NFC fica fisicamente distante do NFH	0	-

Fonte: Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF). NFC= Núcleo de Farmácia Clínica. POP= procedimento operacional padrão. NFH= Núcleo de Farmácia Hospitalar.

5 DISCUSSÃO

5.1 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Esta etapa do estudo narrou a implantação do SFC em uma rede de hospitais público, destacando os marcos importantes em sua evolução. O relato revelou os obstáculos e avanços encontrados ao longo do processo, assim como as estratégias adotadas para superá-los. Fica evidente a divisão do processo em fases, caracterizando em cada uma delas as ações planejadas: na fase de preparação as ações focaram na criação das condições políticas e operacionais para o exercício das atividades, assim como na capacitação dos profissionais; na implantação destacaram-se o acompanhamento da instalação de cada novo serviço, e o reconhecimento do serviço com a criação do NFC no organograma da SES/DF; já na fase de expansão foram trabalhadas ações que intentavam aumentar a visibilidade do farmacêutico clínico, e o reconhecimento perante a equipe de saúde das suas capacidades e oportunidades de atuação. A implantação, no entanto, não termina ao findo do processo apresentado, tendo ainda um longo caminho até alcançar o status de serviço permanente.

Comparando a fase de preparação da experiência da SES/DF com a implantação do SFC no município de Curitiba (1), podemos perceber diversas semelhanças. Naquela oportunidade, que contou com o apoio do Ministério da Saúde, a implantação se deu a partir das seguintes ações: (i) criação de uma equipe de condução do projeto, que teve a função de implantar, desenvolver e dar continuidade ao serviço; (ii) sensibilização e motivação dos profissionais farmacêuticos; (iii) diagnóstico das atividades desenvolvidas e a formação do profissional farmacêutico; (iv) estimulação para a reorganização das atividades do profissional farmacêutico de modo a incluir os serviços clínicos; (iv) seleção das unidades de saúde que iriam desenvolver a nova atividade; e aprendizado dos instrumentos para o exercício do serviço.

A introdução de novas práticas nos serviços de saúde é um grande desafio, mesmo quando baseadas em estudos que confirmam sua contribuição pois, além das

limitações econômicas recorrentes, principalmente na gestão pública, somam-se os aspectos inerentes à resistência de mudança de cultura, e demais dificuldades do próprio processo de implantação, como a estruturação, sistematização de processos e avaliação de resultados. Esse processo de mudança cultural, reconhecimento e valorização de uma nova atividade não é possível em poucos dias ou meses, podendo demorar anos, ou até mesmo gerações até este ser definitivamente incorporado pela gestão e, mais importante, reconhecido e valorizado pela sociedade (38). Sem dúvida, a presença do farmacêutico na unidade assistencial junto da equipe de saúde é de suma importância, assim como da manutenção de uma gestão central que apoie os farmacêuticos em suas necessidades e acompanhe os resultados por meio de indicadores padronizados.

Em uma publicação sobre a ciência da implantação, Bauer e colaboradores (38) apontam aspectos que limitam o escalonamento de práticas incipientes, mesmo quando apoiadas por evidências concretas: gestores com muitas demandas; falta de conhecimento, habilidades e recursos e; desalinhamento das evidências científicas com a realidade operacional. Outro estudo, realizado na China com 29 hospitais, apontou componentes ambientais, principalmente a existência de políticas e o apoio administrativo, como cruciais para a implantação dos SFCs (65). Entende-se, por isso, que o contexto político-administrativo propício, e um projeto de implantação dividido em etapas, como as apresentadas no presente estudo, contribuíram para o sucesso deste projeto.

Brazinha e Fernandez-Llimos (66), em um estudo que apontou as barreiras para a implantação de SFC em hospitais de Portugal do ponto de vista de farmacêuticos hospitalares, listaram-nas em quatro domínios: do próprio farmacêutico, por sua postura relutante a mudanças, despreparo e mentalidade; estrutural, nos quais encontra-se a falta de tempo para o exercício da nova atividade, excesso de trabalho administrativo e burocrático, equipe de trabalho insuficiente, e falta de apoio da gestão imediata e colegas; tecnológico, como a dificuldade de acesso ao prontuário do paciente, e processos complexos de seguimento medicamentoso; e do ambiente, entre os quais destacaram-se as dificuldades de comunicação com as outras categorias assistenciais e a falta de suporte de associações profissionais. Traçando um paralelo com a realidade experienciada na SES/DF, as barreiras do farmacêutico

podem ter sido dirimidas pelo modo de seleção dos profissionais, já que se deu de forma voluntária. Acredita-se que a barreira estrutural foi minimizada pelo suporte da DIASF desde o início, assim com a oficialização do serviço e, mais tarde, sua elevação à categoria de núcleo. A barreira tecnológica também foi trabalhada pela DIASF e, apesar que não se conseguiu implementar todas as utilidades almejadas, as condições básicas (acesso ao prontuário do paciente e registro de evolução farmacêutica) foram prontamente atendidas. Já a barreira ambiental deve ser trabalhada continuamente, e avaliada de tempos e tempos para mensurar se houve mudanças.

Somers e colaboradores, que conduziram um estudo de implantação de um SFC na Bélgica, apontam que, desde o início, é fundamental ter propósitos bem definidos, cujos resultados devem ser documentados e monitorados (67). Ainda, no mesmo estudo, os autores recomendam a padronização dos métodos e instrumentos propostos às atividades clínicas providas pelos farmacêuticos, assim como às necessidades essenciais de acesso ao prontuário do paciente e uma evolução farmacêutica visível à toda equipe de saúde. Essas preocupações eram patentes, ainda mais considerando que, como um serviço inovador e que foi instaurado com objetivos explícitos em relação à melhoria da racionalidade do uso dos antimicrobianos no ambiente das UTIs, dever-se-ia apresentar dados de produtividade e resultados às instâncias superiores. Dessa forma a proposta de mensuração da atividade por indicadores padronizados a todos NFCs, remetidos mensalmente ao farmacêutico responsável pela gestão centralizada da GAFAE/DIASF satisfazia essa necessidade. Além disso, a gestão centralizada facilitava o acompanhamento efetivo do serviço, possibilitando uma análise dos dados de toda rede. Os referidos indicadores, contudo, receberam aprimoramentos, principalmente nos primeiros dois anos, possibilitando análises mais acuradas e detalhadas.

Vários estudos enfatizam a necessidade de capacitação dos profissionais nas práticas de cuidado farmacêutico (65,68). Os cursos de capacitação promovidos pela DIASF, em duas oportunidades, demonstram sua importância estratégica, ainda mais considerando que a inserção de competências que abordam as atividades clínicas do farmacêutico nos currículos universitários é recente (referenciar as diretrizes de 2017), e a maioria dos colegas, pelo tempo que haviam concluído a graduação, tinham pouca familiaridade com essa área.

Em relação ao reconhecimento profissional, entende-se que a nova configuração hierárquica introduzida pelo Decreto 37.057, que criou os NFCs, valorizou o SFC, pois: (i) como núcleo, este passou a ter uma chefia, e existir no organograma do hospital; e (ii) por sua vinculação a uma gerência assistencial – GAMAD – o farmacêutico passou a ter o mesmo tratamento das demais classes profissionais que atuavam na equipe de saúde, como, por exemplo, a nutrição, a fisioterapia e a fonoaudiologia, cujos núcleos também estavam sob o escopo da GAMAD. Contudo, ao mesmo tempo que o novo arranjo ratificava o farmacêutico como um membro da equipe de saúde, também causava certa segmentação entre os profissionais da classe no ambiente hospitalar, pois pela primeira vez se viam divididos em dois setores – NFC e NLF. Contudo, em boa parte das vezes essa separação não se refletiu no ambiente físico, já que muitos NFCs ocupavam um espaço dentro da farmácia hospitalar. Defendemos, no entanto, esta divisão como forma de fortalecer a identidade do SFC no hospital, assim como para evitar que seus profissionais sejam absorvidos pelas atividades da farmácia hospitalar (logística). Ressalta-se, entretanto, que para alcançar os melhores resultados os farmacêuticos clínicos e hospitalares devem atuar de modo cooperativo, e que já foi demonstrado em outros estudos (16,69). Por esse motivo, o “II Curso de capacitação em Farmácia Clínica” reservou parte das vagas a profissionais que trabalhavam nos NFHs, com vistas a estimular a interlocução entre os farmacêuticos atuantes na logística e na clínica.

Em relação ao dimensionamento, países como a Austrália, onde as atividades clínicas providas por farmacêuticos são mais consolidadas, sugerem o uso de parâmetros definidos do número máximo de leitos que um farmacêutico consegue acompanhar com qualidade, em função da complexidade do paciente (43). No Brasil, a SBRAFH publicou, em 2017, na 3ª edição do documento “Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde” contendo a sugestão de que um farmacêutico clínico poderia acompanhar até 40 leitos de baixa e média complexidade, ou até 30 leitos de alta complexidade (24). Outro estudo, desenvolvido em um hospital terciário brasileiro, demonstrou que a cobertura dos leitos alcançou 100% apenas quando a força de trabalho foi de um farmacêutico para cada 30 leitos (69). Há, contudo, a necessidade de avaliar com cautela a adoção desses parâmetros,

visto o status ainda incipiente da Farmácia Clínica no Brasil, as barreiras econômicas para aumento de quadros de colaboradores, e a escassa experiência dos farmacêuticos em relação às atividades clínicas (já que apenas recentemente esse tema foi inserido nas diretrizes curriculares da graduação).

Neste sentido, a aprovação do “Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede SES/DF” representou um marco, embora a realidade observada ainda seja muito distante da apontada na diretriz. Ademais, em pelo menos metade dos NFCs a força de trabalho era composta por apenas um farmacêutico e, na sua ausência – fora do horário de trabalho, atestados, férias e licenças –, o serviço era interrompido. Assim sendo, entendemos que serviços em estágios iniciais devem concentrar seus esforços no processo de implantação sustentado, para num segundo momento avaliar o delineamento adequado, considerando suas realidades e necessidade. Este pode ser um exercício mais interessante do ponto de vista de gestão ao invés de tentar cumprir diretrizes ainda pouco estudadas na realidade brasileira.

Na fase de expansão, destaca-se a contribuição dos informes técnicos do Boletim da Farmácia Clínica, para o reconhecimento das possibilidades de atuação do farmacêutico pelos demais profissionais de saúde. Em um estudo conduzido por Vinterflod e colaboradores (70), por meio de entrevistas com médicos, estes declararam ter limitado conhecimento das possibilidades de atuação do farmacêutico clínico e, apesar de reconhecerem sua importância na revisão da prescrição de medicamentos, demais possibilidades de atuação eram desconhecidas. Acredita-se que essa publicação também seja muito propícia para a divulgação interna e externa dos principais resultados do SFC na SES/DF.

A revisão da literatura realizada propõe que este seja o primeiro estudo a apresentar uma narrativa de implantação de um SFC em uma rede pública hospitalar no Brasil. A divisão em fases, por meio dos principais acontecimentos, também pode contribuir para o planejamento de ações com o mesmo propósito. Dessa forma, almejamos instigar e subsidiar outras instituições e secretarias de saúde a implantar os serviços clínicos providos por farmacêuticos em suas realidades.

Entre as limitações cita-se o fato de que a implantação ocorreu no contexto de um serviço público, e em nível hospitalar. Desta forma, seus resultados podem ter

limitada extrapolação a outros níveis de atenção, ou instituições que possuam outras formas de financiamento. Apesar disso, nenhum processo de implantação é exatamente igual a outro, sendo a adaptação uma necessidade inerente a cada realidade. Além disso, não foram demonstrados os custos associados a essa implantação.

Futuros estudos podem aprofundar essas fragilidades, apontando quais ações tiveram maior impacto, e quais podem ser mais custo-efetivas. Entretanto, os achados sugerem que as providências iniciais se relacionam fortemente à identificação do contexto político e de gestão favorável, partindo em seguida para a avaliação de necessidades, como a capacitação dos profissionais, disponibilidade de recursos técnicos e estruturais, entre outros.

5.2 DESCRIÇÃO DA ESTRUTURA E ATIVIDADES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

O estudo apresenta a estrutura organizacional e principais atividades realizadas em um SFC implantado em uma rede pública hospitalar multicêntrica, com unidades de diferentes complexidades e tamanhos. No momento desta análise, o serviço estava sendo realizado há pelo menos dois anos e, contava com 46 farmacêuticos clínicos. Entre os 15 hospitais, seis (40%) contavam com apenas um farmacêutico clínico para realizar a atividade. Essa realidade, contudo, não é restrita a serviços novos, e se verifica mesmo em países onde o SFC é reconhecido pelo sistema de saúde público. Por exemplo, um estudo no Reino Unido, realizado em 21 UTIs, verificou que em sete (33,3%) o serviço era desenvolvido por apenas um profissional (71).

A relação de leitos acompanhados por farmacêutico clínico apresentada esteve muito aquém dos parâmetros recomendados no “Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede SES/DF”, exceto para hospital 9. Nessa unidade, que é a segunda menor da SES/DF e que não conta com leitos de UTI, a farmácia hospitalar dispensa os medicamentos pelo sistema de dose individualizada para todos os leitos e a participação dos diversos profissionais da equipe multiprofissional são estimuladas pela Direção do hospital. Essas

características podem contribuir para o alcance do serviço a uma maior parcela dos pacientes-dia internados.

Estudos indicam que a padronização de POPs pode contribuir para a homogeneidade dos serviços oferecidos (43,67,72). Neste sentido, a gestão centralizada da DIASF foi responsável por esse suporte técnico, e o realizava sempre de modo colaborativo com os colegas dos NFCs. A relação de atividades descritas nesse estudo pode, desse modo, servir de guia para outros serviços que desenvolverem suas atividades na atenção hospitalar. Da mesma forma, os parâmetros da sua estrutura organizacional também servem de referência para o planejamento em outras instituições.

Apontamos, no entanto, algumas limitações neste estudo, dentre as quais: (i) ter sido conduzido em uma realidade de serviço público de saúde; (ii) ter sido desenvolvido no nível hospitalar, limitando a extrapolação de seus achados a outros níveis de atenção; (iii) não esclarecer quais as especialidades clínicas de cada hospital; (iv) apresentar dados de um SFC com pouco tempo de implantação e; ausência de estudos de custo da estrutura apresentada, podem dificultar a extrapolação deste serviço a outras realidades; e (v) não utilizou um instrumento validado para caracterização dos componentes do SFC, como o DEPICT PROJECT (73).

Novos estudos podem aprofundar a análise, indicando as particularidades do ambiente hospitalar em que o SFC é desenvolvido, assim como apresentar os custos associados a estrutura e serviços, apontando aqueles com melhor relação de custo-efetividade. A utilização de instrumentos reprodutíveis para descrever os componentes do serviço aumentaria a robustez dos achados. Além disso, pode-se aprimorar os indicadores utilizados para a descrição da estrutura dos hospitais e NFCs.

5.3 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS E INDICADORES DE INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Nos três primeiros anos do SFC na SES/FD foram analisadas mais de 70 mil prescrições, que resultaram em pouco mais de 22 mil IFs. Observou-se que o número de pacientes-dia acompanhados cresceu ano a ano, assim como, das IFs. Estes acréscimos podem estar relacionados a dois fatores: (i) aumento da cobertura do serviço, uma vez que nem todos os NFCs estavam totalmente implantados no início de 2015; e (ii) o aumento da capacidade de produtividade de cada NFC, pelo provável acúmulo de experiência da equipe, relacionado ao melhor conhecimento do contexto assistencial, redução do tempo gasto em cada análise de prescrição. A cobertura de pacientes-dia internados foi fortemente correlacionada ao quociente de farmacêuticos por leito, quanto maior, melhor. Já o número de IFs não se associou a este quociente, o que sugere que um número maior de farmacêuticos significa mais IFs registradas. Isso decorre, provavelmente, pelos diferentes níveis de complexidade ou habilidade dos farmacêuticos em identificar PRMs.

O SFC revelou uma incidência média de uma IF a cada três prescrições analisadas, uma taxa superior a apresentada em outros estudos. Em dois estudos conduzidos em UTIs de hospitais, um brasileiro e outro inglês, verificou-se uma incidência de uma intervenção a cada 6 prescrições analisadas (69,71). Essa diferença também pode estar relacionada à população, uma vez que o presente estudo não se limitou a pacientes internados em UTIs. Outro motivo pode ser a alta rotatividade de profissionais da equipe de saúde, pois o local de estudo é campo de aperfeiçoamento de residentes de várias especialidades. Estas potenciais oportunidades de otimizar a farmacoterapia, ou de resolver PRMs, demonstra a importância do farmacêutico na promoção do uso seguro e racional dos medicamentos, e melhoria do processo de cuidado.

Para fins de detalhamento, a taxa de aceitação foi calculada separadamente para a classe médica e as demais categorias profissionais. Entre médicos, a taxa de aceitação foi de 82,4%, enquanto para os demais profissionais de saúde, foi de 97,8%. Apesar da taxa de aceitação pela classe médica ter sido menor,

6% das IFs não aceitas foram tecnicamente justificadas, e apenas pouco mais de 10% de fato não foram aceitas nem justificadas. Outros estudos encontraram taxas semelhantes de aceitação (69,71,74).

Em relação às intervenções não aceitas, Chisholm-Burns e colaboradores destacam que a cooperação multiprofissional em serviços de saúde envolve um acordo profissional entre os diferentes atores que participam do processo decisório do plano de cuidado de um determinado paciente. Sendo assim, uma das possíveis formas para superar as barreiras cooperativistas seria a educação interprofissional, na qual estudantes de diferentes áreas da saúde compartilhariam disciplinas ou treinamentos, favorecendo assim a comunicação e confiança entre as profissões (32). Além disso, a participação do farmacêutico nas sessões clínicas nas unidades assistenciais é uma ação que pode contribuir para o reconhecimento do profissional farmacêutico, melhorando a confiança da equipe às suas sugestões, assim como ser uma excelente oportunidade de discussão da factibilidade das opções clínicas, reduzindo, conseqüentemente, a indicação de sugestões inadequadas por parte do farmacêutico (69).

Em relação à cobertura do serviço, Ferracini e colaboradores verificaram que a expansão da análise de prescrição a todos os leitos hospitalares foi possível após alcançarem uma densidade de 1 farmacêutico para cada 30 leitos (69). Da mesma forma, nosso estudo reforça a importância de buscar uma força de trabalho adequada para conseguir estender o SFC a todos os pacientes internados, porém esta deve ser mensurada considerando as necessidades de cada local. Por outro lado, a quantidade de IFs não está correlacionada ao número de farmacêuticos clínicos ($r_s=0,175$; $p=0,587$). Espera-se que, à medida que os farmacêuticos clínicos acumulem experiência e se desenvolvam tecnicamente, essa diferença diminua.

Cerca de dois terços das IFs estavam relacionadas à etapa de prescrição, seguido pelas etapas de administração e dispensação. Estas três etapas concentram a maior parte das IFs potencialmente econômicas (96,3%), o que faz sentido já que a análise de economicidade considerou apenas situações diretamente relacionadas à intervenção. Esses achados sugerem que serviços que necessitem comprovar sua viabilidade econômica direcionem suas atividades à avaliação destas etapas. Entre os principais exemplos cita-se a substituição do medicamento por uma opção de

menor custo, a redução da dose ou do tempo de tratamento e a diminuição do número de ampolas dispensadas por otimização da conservação de doses fracionáveis.

Em relação aos RNMs, os mais comuns foram o RNMs 5 (insegurança não-quantitativa), 3 (inefetividade não-quantitativa) e 1 (problema de saúde não tratado). Em um estudo de Nascimento e colaboradores, em uma unidade de cuidados coronarianos de um hospital filantrópico, verificou-se maior prevalência dos RNMs 2 (medicamento desnecessário), 4 (inefetividade quantitativa) e 6 (insegurança quantitativa) (75). Esta diferença pode ser resultado a uma maior prática de conciliação medicamentosa, do aprazamento na administração dos medicamentos, e de ajustes de dose quanto a função renal desse estudo. É possível que estas classificações ganhem maior representatividade no SFC da SES/DF à medida que os farmacêuticos tenham maior acesso a exames de monitorização de medicamentos, e maior experiência com cálculos de ajuste de dose. Corroborando esta diferença entre as intervenções realizadas, verificou-se que no estudo de Shulman e colaboradores (REF), realizado em UTIs de hospitais do Reino Unido, a principal condição que exigiu IF foi o problema de saúde não tratado (RNM 1), seguida pela condição de medicamento desnecessário (RNM 2) (71).

Dentre os medicamentos, o mais frequentemente relacionados às IFs foi a enoxaparina, medicamento anticoagulante potencialmente perigoso em razão de seu risco elevado de causar hemorragias ou trombozes se não utilizado corretamente (76). A heparina, com riscos semelhantes, também aparece entre os dez medicamentos mais prevalentes. Ambos medicamentos foram abordados em uma das edições do Boletim da Farmácia Clínica da DIASF (77), o que pode ter melhorado o entendimento dos farmacêuticos clínicos quanto aos PRMs e motivado o registro de mais intervenções. Um considerável número de interações medicamentosas também se destaca nesta listagem. Outros estudos também apontaram grande prevalência de interações medicamentosas nas sugestões dos farmacêuticos (69). Já a alta frequência de antimicrobianos provavelmente reflete o estímulo que da DIASF para o estreitamento dos NFCs com o SCIH, bem como todo o contexto que essa classe possui em relação à origem do SFC na SES/DF. Magedanz e colaboradores apontam as contribuições clínicas e financeiras promovidas pela inclusão de um farmacêutico

em um programa de gerenciamento de antimicrobianos (*Antimicrobial Stewardship Program*) (35).

Entre as implicações práticas deste estudo, reforça-se a necessidade de estabelecer uma métrica padronizada de avaliação dos SFC. Os resultados apresentam indicadores de estrutura e processo desenvolvidos por farmacêuticos clínicos em diferentes contextos hospitalares, com um profundo detalhamento das etapas do processo de cuidado às quais as IFs estavam relacionadas, principais PRMs, estratégias de intervenção, classificações de RNM/orientação informativa, e potencialidade econômica. Contudo, a falta de uma metodologia consolidada para a classificação das IF limita a comparação.

Entre as limitações citamos o fato de o estudo ter sido desenvolvido no contexto do serviço público e hospitalar, o que pode limitar a extrapolação dos seus achados a outras naturezas de serviço, como instituições privadas ou filantrópicas. Além disso, este estudo abrangeu apenas uma parcela pequena (4,5%) dos pacientes-dia internados, embora o número seja grande em termos absolutos quando comparado a outros estudos da área. Outro ponto é que, apesar de ser um serviço acompanhado por uma gestão centralizada, os farmacêuticos clínicos não foram avaliados quanto suas habilidades/capacidades pessoais, o que pode ter influenciado nas diferenças de produtividade entre os NFCs. Além disso, não foi avaliado o impacto econômico das intervenções realizadas (apresentamos apenas o potencial das IFs gerarem economia), mas que é fator relevante para a justificção do serviço junto aos gestores administrativos, a despeito das contribuições clínicas. Rotta e colaboradores em uma revisão sistemática sobre a efetividade do SFC (72), verificaram que os estudos realizados em condições clínicas específicas e estabeleceram indicadores objetivos, tiveram maior sucesso e comprovar sua efetividade, em comparação aos serviços que definiram metas mais abrangentes e inespecíficas. Outro estudo, de Alcântara e colaboradores (78), realizado na realidade brasileira de serviços de saúde públicos, apontou a mesma preocupação. Este estudo, por seu caráter abrangente e descritivo padece desta mesma fragilidade.

Sugere-se, portanto, que futuros estudos avaliem com mais profundidade e robustez os impactos clínicos e econômicos do SFC, definindo, para cada atividade proposta, um indicador objetivo para aferir os resultados. Uma avaliação periódica dos

farmacêuticos também pode auxiliar a identificar lacunas de aprendizagem, às quais devem ser direcionados esforços para dirimi-las, possibilitando assim a diminuição das disparidades entre os serviços. Apesar disso, consideramos que as IFs apresentaram considerável potencial de otimização do processo de cuidado para os pacientes acompanhados. Os dados demonstram a importância da prática farmacêutica ser desenvolvida de forma colaborativa com os profissionais que compõe a equipe de saúde, assim como os momentos em que a prática farmacêutica pode ser útil, nos contextos clínicos e econômicos.

5.4 PESQUISA DE PERCEPÇÃO SOBRE AS ATIVIDADES E AÇÕES DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL NA OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O presente mostrou que, de modo geral, o SFC desenvolvido nos hospitais públicos da SES/DF foi positivamente avaliado pelos profissionais de saúde que participaram de ambas pesquisas. Na comparação das pesquisas, aumentou a parcela de respondentes satisfeitos com o serviço nas unidades que contavam com o acompanhamento do serviço, ou que gostariam de dispor desse serviço nas unidades ainda não atendidas. Além disso, foi significativa a melhora da postura e profissionalismo do farmacêutico na execução de suas intervenções. Estes achados apontam para um futuro favorável à expansão do serviço e reconhecimento do farmacêutico clínico.

Considerando as repostas de profissionais que atuavam em unidades abrangidas pelo SFC, constatou-se, em ambas pesquisas, que as classes médica e de enfermagem foram as responsáveis pelo maior número de contribuições. Outros estudos com objetivos semelhantes também focaram nestas classes de profissionais (70,78,79), uma vez que são os grupos profissionais aos quais as IFs frequente estão direcionadas. Na pesquisa de 2019, observou-se aumento da participação de “Outros” profissionais (nutricionista, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) e técnicos de enfermagem, o que pode demonstrar, indiretamente, maior reconhecimento e inserção do farmacêutico clínico na equipe multiprofissional. O mesmo ocorre pela

distribuição dos locais de atuação dos respondentes, que aumentou consideravelmente para “Emergência/PS” e “Outros”.

Verificou-se, nas duas pesquisas, semelhança nos temas de maior necessidade de assessoramento técnico pelo farmacêutico clínico: interação medicamentosa; diluição/estabilidade de medicamentos; desabastecimento de medicamentos; e substituições de medicamentos. A manutenção desses assuntos denota que, mesmo com o passar do tempo, as necessidades do assessoramento são contínuas e permanentes. Isso pode estar associado ao fato de que a SES/DF é um grande centro de formação de profissionais de saúde, possuindo número expressivo de residentes em todas as áreas.

Um dado revelador do presente estudo foi o resultado sobre a maneira pela qual os profissionais de saúde queriam ser informados sobre as recomendações do farmacêutico clínico. Em primeiro lugar se apresentou a opção conversa direta com o profissional e, em segundo, a participação (do farmacêutico clínico) nas sessões clínicas multiprofissionais. Já os registros escritos, como a evolução farmacêutica no prontuário do paciente, de modo eletrônico ou físico, ficaram em segundo plano. Isso revela o anseio da equipe de saúde de receber o contato direto do farmacêutico, com ele estando presente na unidade assistencial e participando ativamente do processo de decisão do plano de cuidado de cada paciente.

Ao avaliar-se os discursos sobre a satisfação do SFC, verificou-se que pelo menos um terço deles elogiaram a atividade do SFC. Em relação às sugestões, a maioria declarou a vontade de ver este serviço expandido. De fato, outros estudos também indicam o apoio das demais classes profissionais à expansão dos serviços clínicos providos por pacientes a todas as unidades assistenciais e pacientes de uma instituição (70,79).

Acredita-se que a repetição do inquérito reforça os achados, assim como possibilita a comparação, além de ser um diferencial deste estudo. O questionário é capaz de revelar sugestões para a melhoria do serviço. Portanto, recomenda-se sua aplicação periódica, em espaços de tempo definidos e sob o mesmo conjunto de questões, o que possibilita o acompanhamento do SFC da perspectiva da equipe de saúde, e permite uma análise dessa evolução.

Entre as limitações existentes nessa etapa cita-se o viés de desejabilidade social, que é a tendência presente nos sujeitos de atribuírem a si próprios atitudes ou comportamentos com valores socialmente desejáveis, rejeitando em si mesmos a presença de atitudes ou comportamentos com valores socialmente indesejáveis, quando respondem aos questionários de personalidade e às escalas de atitudes (80). Tentou-se minimizar essa circunstância pela adoção de algumas questões abertas. Além disso, as pesquisas foram realizadas numa amostra de conveniência, o que pode enviesar seus achados, apesar da chance de o questionário ser respondido por um profissional que estava satisfeito ou não com o serviço, ser a mesma. Outra consideração é que o estudo não foi aplicado a pacientes e cuidadores, os quais também são foco do SFC. Próximos estudos poderiam averiguar a satisfação também nesta população.

5.5 IDENTIFICAÇÃO DOS DESAFIOS E FACILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Essa etapa do estudo verificou que, do ponto de vista dos farmacêuticos clínico, a principal facilidade para o desenvolvimento dos serviços clínicos é a boa relação com a equipe médica e demais serviços multidisciplinares, como o NCIH e o NQSP. Já a principal dificuldade está no baixo número de profissionais, a fim de aumentar a abrangência do serviço. Conhecer os aspectos que interagem com o serviço, são fundamentais para seu desenvolvimento. Diversos estudos avaliaram esses aspectos, apontando dificuldades como a resistência da equipe de saúde, falta de capacitação dos farmacêuticos, e facilidades como a motivação de exercer uma nova atividade e contribuir para a melhoria do processo de cuidado do paciente (78,80,81).

Entre os aspectos facilitadores, verifica-se sua relação estreita com o planejamento estratégico de implantação do SFC, entre as quais destacamos o apoio administrativo da DIASF, o fato de existir como núcleo – NFC –, e o acesso a bases de dados. Da mesma forma, a participação do farmacêutico clínico nas sessões clínicas multiprofissionais a beira leito foi um aspecto importante para o

reconhecimento do profissional farmacêutico pela equipe de saúde e, conseqüentemente, melhorar a confiança e adesão às sugestões/orientações das IFs. Outros aspectos descritos na literatura e verificados no presente estudo são a capacitação contínua, o apoio da gestão direta, e a disponibilização de estrutura e física e bases de dados (78).

A escassez de recursos humanos é uma preocupação constante em pesquisas da área (79,80), e apesar da importância da apresentação de resultados concretos para subsidiar novas contratações (66), a gestão eficiente dos recursos disponíveis é fundamental na realidade brasileira em que as dificuldades de contratação são constantes e ainda nos encontramos em um estágio inicial de desenvolvimento da área. Em relação à resistência dos profissionais da equipe de saúde às sugestões do farmacêutico, campanhas educacionais e uma postura adequada do profissional podem auxiliar na mudança desse cenário. Já a dificuldade de acesso a bases de dados e infraestrutura precária indicam à gestão a necessidade de investir recursos nessa área.

Chama a atenção o tópico de abastecimento irregular de medicamentos e materiais na lista das barreiras. Apesar de não ser relacionado diretamente à atividade do farmacêutico clínico, é notável sua importância, uma vez que a falta de insumos limita as alternativas farmacoterapêuticas, assim como é motivo de diversas IFs com avisos de desabastecimento e solicitação de substituição terapêutica.

Vários estudos apontam o déficit de capacitação/treinamento dos farmacêuticos como uma das principais barreiras para o desenvolvimento de suas atividades clínicas (65,82,66). No presente estudo esse tema não configurou nas primeiras posições da lista de desafios (12º posição na lista), provavelmente em razão dos dois cursos de capacitação de Farmácia Clínica, organizados pela DIASF em 2015 e 2017, e que alcançou a maioria dos profissionais farmacêuticos que desenvolviam o SFC nos hospitais da SES/DF.

Verificamos que o emprego da Técnica de Grupo Nominal teve êxito em apresentar diversos elementos que se relacionam com o desenvolvimento dos serviços clínicos providos por farmacêuticos. O diferencial desse método é a facilidade de execução, e concessão de chances iguais a todos os participantes de contribuir.

Dessa forma, os resultados obtidos podem servir de referência para outros serviços, fortalecendo os aspectos facilitadores e prevenindo o acometimento das barreiras.

Entre as limitações desta etapa citamos que a oficina foi realizada numa amostra de conveniência, sem a presença de representantes de todos os hospitais públicos da SES/DF, e cujos profissionais viviam realidades distintas e, portanto, a extrapolação destes achados a outras realidades é limitada. Além disso, o viés de tendenciosidade a responder o que é mais cômodo numa oficina em grupo também deve ser considerado, embora a técnica de grupo nominal minimize a exposição do participante. Outro fato é que não foram avaliados aspectos facilitadores e desafiadores do ponto de vista de outros profissionais que compõem a equipe de saúde.

Novos estudos podem aprofundar a análise, indicando as particularidades do ambiente hospitalar em que o SFC é desenvolvido.

6 CONCLUSÕES

O estudo apresentou um processo de implantação bem sucedido de um SFC em uma rede hospitalar pública, coordenado de forma centralizada, mas com a participação dos farmacêuticos de cada serviço. Ressalta-se que ambiente social, político e de gestão favorável parece ser fundamental para criar as condições para a implantação, e a capacitação dos farmacêuticos é uma ação estratégica para o sucesso do serviço.

A taxa de cobertura esteve fortemente correlacionada à densidade de farmacêuticos clínicos por leito. Porém, reconhecendo que um SFC em estágio inicial de implantação dificilmente alcança parâmetros de estrutura e força de trabalho sugeridos em diretrizes, é fundamental gerir os recursos disponíveis. Apesar da baixa cobertura de pacientes-dia internados, o serviço se mostrou relevante para a identificação e resolução de PRMs, uma entre cada três prescrições recebeu alguma intervenção, e foi positivamente avaliado pela equipe de saúde.

Houve melhora significativa na postura profissional farmacêuticos ao longo do tempo, e os serviços foram avaliados como relevantes e bem executados pelos profissionais de saúde. Profissionais que atuavam em unidades que não dispunham do acompanhamento do farmacêutico clínico mostraram interesse em dispor desse serviço.

As facilidades para o desenvolvimento estiveram relacionadas à aspectos de gestão, principalmente no que tange o apoio administrativos e técnico da DIASF, assim como no acompanhamento dos resultados realizado de forma padronizada entre os diversos NFCs. Já o principal desafio apontado foi o número baixo de farmacêuticos clínicos para o serviço.

A criação do SFC é o primeiro passo de um longo caminho de reconhecimento e consolidação das atividades clínicas providas pelo farmacêutico. Pesquisas nesta área são fundamentais, não apenas para o desenvolvimento da Farmácia Clínica no Brasil, mas também para divulgar exemplos que fomentem a expansão dessa atividade a outros locais e cenários. Os achados desse estudo reforçam a importância da participação do farmacêutico clínico na equipe de saúde, tanto para promover a racionalidade e segurança da farmacoterapia, assim como

para contribuir com um processo de cuidado com melhores resultados clínicos, humanísticos e econômicos.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. 1st ed. Brasília; 2015.
2. World Health Organization. The role of education in the rational use of medication. BR J Haematol. 2002: p. 255-65.
3. World Health Organization. 10 facts on patient safety. [Online].; 2017 [cited 2019 10 15]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/.
4. WHO Global Patient Safety Challenge. Patient safety. [Online].; 2017 [cited 2019 10 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>.
5. Magalhães ACAF, Cantanhede AMFC, Drummond BM, Drummond YA, Miranda VFdM. Avaliação da implantação do serviço de farmácia clínica na Unidade de Terapia Intensiva para contribuir na segurança do paciente. Rev Med Minas Gerais. 2016: p. S16-22.
6. Comitê de consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). Ars Pharm. 2007: p. 5-17.
7. Conferência de expertos. Uso Racional de Medicamentos. Informe de La Conferencia de Expertos. Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985: Ginebra: Organización Mundial de La Salud; 1985.
8. World Health Organization. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. WHO, Direção geral da Saúde; 2011.
9. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety : forward programme. , WHO; 2004.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916/GM em 30 de outubro de 1998. 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.
11. Ministério da Saúde. Resolução Nº338, de 6 de maio de 2004. 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
12. Ministério da Saúde. Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente.

13. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
14. Mieirol DB, Oliveira EBC, Fonseca REP, Mininel VA. Strategies to minimize medication errors in emergency units: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019: p. 307-14.
15. Ministério da Saúde. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. ; 2013.
16. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amazônica de Saúde. 2011: p. 41-9.
17. Sociedade Brasileira de Farmácia Clínica. Origem da Farmácia Clínica no Brasil, seu desenvolvimento, conceitos relacionados e perspectivas. Brasília: SBFC; 2019.
18. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990 Mar: p. 533-43.
19. Hernández DS, Castro MMS, Dáder MJF. Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico. 1st ed. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas; 2009.
20. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
21. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013. ; 2013.
22. Lima D. Farmácia Clínica: Sonho, realização e história. Pharm Bras. 2010: p. 15-8.
23. Ivama AM, Noblat L, Castro MSd, Jaramillo NM, Rech N. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Conferência de Consenso. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
24. Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar. Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. 3 ed. São Paulo: SBRAFH; 2017.
25. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013. ; 2013.
26. BRASIL. Lei Nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas.

27. Conselho Federal de Farmácia. Matriz de competências para a atuação clínica do farmacêutico. Resultante da consulta pública/CFF Nº 01/2016. Brasília: CFF; 2016.
28. Ministério da Educação. Resolução Nº 6, de 19 de outubro de 2017. 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências.
29. Leendertse AJ, Koning FHd, Goudswaard AN, Jonkhoff AR, Bogert SCvd, Gier HJd, et al. Preventing hospital admissions by reviewing medication (PHARM) in primary care: design of the cluster randomised, controlled, multi-centre PHARM-study. *BMC Health Services Research*. 2011 Jan.
30. Reis WC, Scopel CT, Correr CJ, Andrzejewski VM. Analysis of clinical pharmacist interventions in a tertiary teaching hospital in Brazil. *Einstein*. 2013 Apr-Jun: p. 190-196.
31. Bernardi ÉAT, Rodrigues R, Tomporoski GG, Andrezejewski VMS. Implantação da avaliação farmacêutica da prescrição médica e as ações de farmácia clínica em um hospital oncológico do sul do Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*. 2014 Jun: p. 29-36.
32. Chisholm-Burns MA, Lee JK, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care*. 2010 Oct: p. 923-33.
33. Hatah E, Braund R, Tordoff J, Duffull S. A systematic review and meta-analysis of pharmacist-led fee-for-services medication review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Jan: p. 102-15.
34. Pande S, Hiller JE, Nkansah N, Bero L. The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb.
35. Magedanz L, Silliprandi EM, Santos RPd. Impact of the pharmacist on a multidisciplinary team in an antimicrobial stewardship program: a quasi-experimental study. *Int J Clin Pharm*. 2012 Apr: p. 290-4.
36. Karanika S, Paudel S, Grigoras C, Kalbasi A, Mylonakis E. Systematic Review and Meta-analysis of Clinical and Economic Outcomes from the Implementation of Hospital-Based Antimicrobial Stewardship Programs. *Antimicrob Agents Chemother*. 2016 Jul: p. 4840-52.
37. Galato D, Maniero HK, Magedanz L. Farmácia Clínica: o farmacêutico atuando no cuidado dos pacientes, da família e da comunidade. In Santos PCJdL. *Farmácia: áreas de atuação*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 35-59.

38. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. BMC Psychology. 2015.
39. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. Implementation Science. 2006.
40. Lombardi N, Wei L, Ghaleb M, Pasut E, Leschiutta S, Rossi P, et al. Evaluation of the implementation of a clinical pharmacy service on an acute internal medicine ward in Italy. BMC Health Serv Res. 218 Apr.
41. Montazeri M, Cook DJ. Impact of a clinical pharmacist in a multidisciplinary intensive care unit. Crit Care Med. 1994 Jun: p. 1044-8.
42. Scarsi KK, Fotis MA, Noskin GA. Pharmacist participation in medical rounds reduces medication errors. Am J Health Syst Pharm. 2002 Nov: p. 2089-92.
43. Comitê de especialistas. SHPA Standards of Practice for Clinical Pharmacy. J Pharm Pract Res. 2005: p. 122-46.
44. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano de enfrentamento da resistência bacteriana nas áreas críticas dos hospitais públicos do GDF. [Online].; 2015 [cited 2015 Out 15. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/5.5.pdf>.
45. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria 187, de 27 de julho de 2015. 2015. 2(nº 103): 03-4.
46. Perroca MG. Valores que norteiam o processo de tomada de decisão da enfermeira. Rev. esc. enferm. USP. 1997: p. 206-18.
47. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de saúde do Distrito Federal. [Online].; 2019 [cited 2019 Nov 15. Available from: <http://saude.df.gov.br/estrutura-ses/>.
48. Diretoria de Assistência Farmacêutica/CATES/SAIS/SES/DF. Manual de Assistência Farmacêutica. [Online].; 2019 [cited 2019 Out 15. Available from: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Manual_ASSISTÊNCIA-FARMACÊUTICA.pdf.
49. IBGE. Censo de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
50. DISTRITO FEDERAL. Lei Nº 5.899, de 03 de julho de 2017. 2017. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF e dá outras providências.
51. DISTRITO FEDERAL. Lei Nº 6.270, de 30 de janeiro de 2019. 2019. Altera a nomenclatura do Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF, instituído

- pela Lei nº 5.899, de 3 de julho de 2017, para Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF e dá outras providências.
52. Conselho Federal de Farmácia. Resolução Nº 675, de 31 de outubro de 2019. ; 2019.
 53. Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações Porto Alegre: Artmed; 2003.
 54. Jones J, Hunter D. Usando o Delfos e a técnica do grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde. In: Pope C, Mays N, editors. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. In Pope C, Mays N, editors. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 51-60.
 55. Agência Brasília. Governo publicará plano de enfrentamento a bactérias multirresistentes. [Online].; 2015 [cited 2018 Jun 15. Available from: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2015/06/05/governo-publicara-plano-de-enfrentamento-a-bacterias-multirresistentes/>.
 56. Jornal de Brasília. Saúde confirma endemia de bactérias multirresistentes nos hospitais da rede pública. [Online].; 2015 [cited 15 Jun 2018. Available from: <http://jornaldebrasil.com.br/cidades/saude-confirma-endemia-de-bacterias-multirresistentes-nos-hospitais-da-rede-publica/>.
 57. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Curso de farmacêuticos elevará qualidade do uso dos medicamentos. [Online].; 2015 [cited 2018 Jun 15. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/curso-de-farmaceuticos-elevara-qualidade-do-uso-dos-medicamentos/>.
 58. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Hospitais atendem 100% dos seus leitos com dose individualizada de medicamentos. [Online].; 2019 [cited 2019 Dez 30. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/hospitais-atendem-100-dos-seus-leitos-com-dose-individualizada-de-medicamentos/>.
 59. DISTRITO FEDERAL. Decreto Nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
 60. Hospital Universitário de Brasília. Farmacêuticos iniciam treinamento no HUB. [Online].; 2017 [cited 2018 Jun 15. Available from: http://www2.ebserh.gov.br/web/hub-unb/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/2333087/2017-08-farmaceuticos-iniciam-treinamento-no-hub.
 61. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Boletim de farmácia traz informações sobre uso seguro de medicamentos. [Online].; 2018 [cited 2018 Jun

15. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/boletim-de-farmacia-traz-informacoes-sobre-uso-seguro-de-medicamentos/>.
62. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Informes técnicos da Assistência Farmacêutica - Boletins da Farmácia Clínica. [Online].; 2018 [cited 15 Jan 2019. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/informativos-diasf/>.
63. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N° 683, de 26 de junho de 2018. 2018. Aprova o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede SES/DF.
64. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/MANUAL-DE-PARAMETROS.pdf>. [Online].; 2018 [cited 15 Out 2018. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/MANUAL-DE-PARAMETROS.pdf>.
65. Penm J, Moles R, Wang H, Li Y, Chaar B. Factors affecting the implementation of clinical pharmacy services in China. *Qual Health Res*. 2014 Mar: p. 345-56.
66. Brazinha I, Fernandez-Llimos F. Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals. *Int J Clin Pharm*. 2014: p. 1031-38.
67. Somers A, Claus B, Vandewoude K, Petrovic M. Experience with the Implementation of Clinical Pharmacy Services and Processes in a University Hospital in Belgium. *Drugs Aging*. 2016 Mar: p. 189-97.
68. Giomo A, Queiroz P, Abreu T, Serpa D, Silva MT, Mendonça-Silva D, et al. Implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2018 Ago.
69. Ferracini FT, Almeida SMD, Locatelli J, Petriccione S, Haga CS. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. *Einstein*. 2011: p. 456-60.
70. Vinterflod C, Gustafsson M, Mattsson S, Gallego G. Physicians' perspectives on clinical pharmacy services in Northern Sweden: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2018.
71. Shulman R, McKenzie CA, Landa J, Bourne RS, Jones A, Borthwick M, et al. Pharmacist's review and outcomes: Treatment-enhancing contributions tallied, evaluated, and documented (PROTECTED-UK). *J Crit Care*. 2015.
72. Rotta I, Salgado TM, Silva ML, Correr CJ, Fernandez-Llimos F. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000-2010). *Int J Clin Pharm*. 2015 oct: p. 687-97.

73. Correr CJ, Melchioris AC, Souza TTd, Rotta I, Salgado TM, Fernandez-Llimos F. A Tool to Characterize the Components of Pharmacist Interventions in Clinical Pharmacy Services: The DEPICT Project. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2013 Jul/Aug: p. 946-52.
74. Reis WCT, Scopel CT, Correr CJ, Andrzejewski VMS. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. *Einstein*. 2013: p. 190-6.
75. Barroso VdPR, Caux TRd, Nascimento MMGd. Descrição de um serviço de farmácia clínica em uma unidade de cuidados coronarianos. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. 2017 Mar: p. 8-14.
76. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos (ISMP). Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar: lista atualizada 2019. Boletim. ISMP; 2019. Report No.: v8(1).
77. Pessoa GSC, Magedanz L. Cuidado farmacêutico ao paciente anticoagulado: benefícios e cuidados da terapia anticoagulante. [Online].; 2018 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/Relatório-Boletim-Farmácia-Clínica-nº4-Setembro.pdf>.
78. Alcântara TDS, Onozato T, Neto FCA, Dosea AS, Cunha LC, A dADCS, et al. Perceptions of a group of hospital pharmacists and other professionals of the implementation of clinical pharmacy at a high complexity public hospital in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2018 Apr.
79. Jennings P, Lotito A, Baysson H, Pineau-Blondel E, Berlioz J. Clinical pharmacy: Evaluation of physician's satisfactions and expectations in a French regional hospital. *Ann Pharm Fr*. 2017 Mar: p. 144-51.
80. Armelim AP. Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Aval. psicol.* [internet]. 2017 Jul; 16(3)(1603.ed).
81. Díaz de León-Castañeda C, Gutiérrez-Godínez J, Colado-Velázquez JI, Toledano-Jaimes C. Healthcare professionals' perceptions related to the provision of clinical pharmacy services in the public health sector of Mexico: a case study. *Res Social Adm Pharm*. 2019 Mar: p. 321-29.
82. Nunes CC, Amador TA, Heineck I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde de Santa cecília, em Porto alegre, RS, Brasil. *Saúde Soc*. 2008: p. 85-94.
83. Uema SA, Vega EM, Armando PD, Fontana D. Barriers to pharmaceutical care in Argentina. *Pharm World Sci*. 2008: p. 2011-15.

84. Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In Rozenfeld S. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 259-269.
85. Royal Pharmaceutical Society. Professional standards for hospital pharmacy services: optimizing patient outcomes from medicines. Reino Unido: Royal Pharmaceutical Society; 2014. Report No.: v2.

8 ANEXOS

8.1 CAPÍTULO DE LIVRO SOBRE AS EXPECTATIVAS DO MERCADO PROFISSIONAL DA FARMÁCIA CLÍNICA NO BRASIL

(Publicado em “Farmácia: áreas de atuação e mercado / editor Paulo Caleb Júnior de Lima Santos; colaboradores Ana Cristina Lo Prete ... [et al] – 1. Ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019” ISBN 978-85-388-1038-4)



The image displays the cover of the book "Farmácia: Áreas de Atuação e Mercado" by Paulo Caleb Júnior de Lima Santos, published by Atheneu. The cover features a central yellow caduceus icon surrounded by various medical and pharmaceutical icons. The title "FARMÁCIA" is prominently displayed at the top in large white letters, with the subtitle "Áreas de Atuação e Mercado" below it in yellow. The author's name is at the bottom. The book is part of the "XX Congresso Farmacêutico de São Paulo".

LANÇAMENTO

**FARMÁCIA:
ÁREAS DE ATUAÇÃO E MERCADO**

Data: 10/10/2019
Horário: das 17h às 18h
Local: **Centro de Convenções Frei Caneca**
Auditório Ciclo do Conhecimento – 4º andar

XX Congresso Farmacêutico de São Paulo

R. FREI CANECA, 569
SÃO PAULO/SP

91 anos **Atheneu**
1928•2019 *nossa missão é construir o futuro*

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

S237f

Santos, Paulo Caleb Júnior de Lima

Farmácia : áreas de atuação e mercado / editor Paulo Caleb Júnior de Lima Santos ; colaboradores Ana Cristina Lo Prete ... [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2019.

188 p. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice

ISBN 978-85-388-1038-4

1. Farmacologia clínica. 2. Medicamentos- Administração. 3. Serviços farmacêuticos. I. Lo Prete, Ana Cristina. II. Título.

19-59157 CDD: 615

CDU: 615.1

Meri Gleice Rodrigues de Souza- Bibliotecária CRB-7/6439

14/08/2019 21/08/2019

4

Farmácia Clínica O Farmacêutico Atuando no Cuidado dos Pacientes, da Família e da Comunidade

Dayani Galato • Hellen Karoline Maniero • Lucas Magedanz

A farmácia clínica no Brasil tem seu primeiro serviço implantado no ano de 1979, no Hospital Universitário Onofre Lopes, no Rio Grande do Norte, pelo Farmacêutico Tarcísio José Palhano com o auxílio das farmacêuticas Lucia Costa e Ivonete Batista de Araújo. Esse movimento foi estimulado pelo professor Aleixo Prates, e contou com o apoio da professora Inês Ruiz da Universidade do Chile, que já desenvolvia, naquele país, o serviço de farmácia clínica. Nesse período também foi inaugurado o primeiro centro de informação sobre medicamentos (CIM) no Brasil.



Detalhes dessa história podem ser conhecidos por meio do documentário "A origem da Farmácia Clínica no Brasil". Disponível em: <https://youtu.be/E0cvGVu7i8I>

Nesse sentido, quando se analisa a implantação do primeiro serviço de farmácia clínica com um olhar na prática dos dias atuais, se observa muitas semelhanças, das quais se ressaltam (i) a necessidade do desenvolvimento de competências clínicas por parte do profissional farmacêutico e (ii) a busca das melhores evidências disponíveis para a prática assistencial.

Cabe destacar que a Farmácia Clínica no Brasil passou, ao longo dos anos, por diversos momentos, e em meados dos anos 2000, possivelmente por influência

8.2 MANUAL DE ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO DO INDICADOR PADRONIZADO PARA O SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL



Orientações de Preenchimento do “Indicador da Farmácia Clínica DIASF”



Lucas Magedanz
Gerência de Assistência Farmacêutica Especializada
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Secretaria da Saúde do Distrito Federal

Prezado colega Farmacêutico,

Este manual tem o objetivo de instruir os farmacêuticos clínicos para o adequado preenchimento das seções que compõe o Indicador da Farmácia Clínica, às unidades vinculadas à GAFAE/DIASF. Leia atentamente este guia, e qualquer dúvida remanescente entre em contato conosco.

O documento está dividido em duas partes: a primeira reservada para orientações e explicações sobre a INSERÇÃO DE DADOS; e a segunda, voltada para a ANÁLISE DE DADOS E INDICADORES fornecidos automaticamente pela planilha.

Esta versão do indicador habilita o registro de produtividade da Farmácia Clínica nos diversos locais de atuação, desde unidades até ambulatórios.

Bom proveito!



Farm Lucas Magedanz - GAFAE/DIASF/SES

2

SEÇÃO 3 – Categorização das Intervenções Farmacêuticas

- ❖ Esta seção destina-se à categorização das intervenções farmacêuticas, e realizado através de uma dupla categorização: na primeira coluna seleciona-se a estratégia de INTERVENÇÃO proposta; na segunda, seleciona-se uma DESCRIÇÃO mais exata. A lista de opções da segunda coluna altera-se de acordo com a intervenção selecionada na coluna anterior. Esta listagem de intervenções foi elaborada com base no nas principais intervenções praticadas pelo Serviço de Farmácia Clínica em 2016-7.
- ❖ Decidiu-se criar duas seções de categorização (uma para o problema e outra para a intervenção) para facilitar a leitura e análise dos dados, assim como dar mais objetividade e agilidade ao preenchimento do registro.

Farm Lucas Magedanz - GAFAE/DIASF/SES

Orientações de preenchimento:

- ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA: selecione da lista de opções disponível.
- DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA: selecione da lista de opções disponível.
- OBSERVAÇÕES DAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS: utilize para complementar alguma informação, ou descrever situações não contempladas na categorização anterior.
- A quarta coluna (sombreada) não está aberta para inserção de dados. Ela existe apenas para melhor apresentação dos indicadores ao final da planilha.
- A estratégia "sinalização informativa" refere-se a casos em que nenhuma estratégia anterior foi utilizada, mas mesmo assim criou-se um alerta. Por exemplo, sinalização de uma interação med-med à qual não coube uma intervenção à prescrição ou administração, mas cuja sinalização era importante, e o manejo ou monitoramento era inespecífico.

*Em alguns casos a intervenção pode ser classificada com uma ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA, contudo essa diferenciação será esclarecida em momento seguinte.
**A lista completa das categorias e subcategorias dos Problemas relacionados à Farmacoterapia estão descritas na aba TABELA AUXILIAR.

8

Categorias e subcategorias de Estratégias de Intervenções Farmacêuticas

Alteração na prescrição	Informação sobre dispensação	Orientação de administração	Necessidade de monitorização	Sinalização informativa	Aconselhamento ao paciente	Outras intervenções
Suspensão de medicamento	Orientação à Farmácia Hospitalar sobre dispensação	Orientação sobre administração/via	Recomendação para realização de exame laboratorial	Alerta de Reação Adversa a Medicamento	Aconselhamento sobre uso/adesão	(descrever na coluna "Observações")
Adição de medicamento	Informação sobre disponibilidade/logística	Orientação sobre aprazamento/horário de administração	Recomendação de monitoramento não laboratorial	Alerta de interação med-med contraindicada	Aconselhamento sobre medidas não farmacológicas	
Substituição de medicamento por questões logísticas/estoque	Necessidade de laudo/relatório	Orientação sobre manipulação/preparo	Outras recomendações de monitorização	Alerta de interação med-med grave	Informação sobre acesso	
Substituição de medicamento por questões técnicas/clinicas	Outras informações sobre dispensação	Orientação sobre armazenamento/estabilidade		Alerta de incompatibilidade	Encaminhamento a outro profissional de saúde	
Aumento de dosagem		Orientação sobre dose/posologia		Outras sinalizações/alertas	Outros aconselhamentos ao paciente/cuidador	
Diminuição de dosagem		Orientação completa (uso/adm/armazenamento)				
Ajuste de dose por função renal		Outras orientações de administração				
Ajuste de dose por função hepática						
Alteração na forma farmacêutica / via de administração						
Alteração na concentração/diluição						
Alteração na posologia/horários de administração						
Alteração de diluente						
Outras alterações na prescrição						

Farm Lucas Magedanz - GAFAE/DIASF/SES

9

SEÇÃO 4 – Avaliação de Protocolo Clínico

AVALIAÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO		
OBSERVAÇÕES (especificação do protocolo)	Assinale se a intervenção baseada em protocolo?	Origem do protocolo?
	<input type="checkbox"/>	SES - Institucional/CPPIAS
	Selecione da lista	SES - local/regional
	<input type="checkbox"/>	Outra Instituição
		<input type="checkbox"/> SES - Institucional/CPPIAS <input type="checkbox"/> SES - local/regional <input type="checkbox"/> Outra Instituição

Orientações de preenchimento:

- OBSERVAÇÕES: utilize para informar o nome do protocolo utilizado e/ou qualquer outra informação complementar do protocolo.
- ASSINALE SE A INTERVENÇÃO BASEADA EM PROTOCOLO? Assinale “x” em
- ORIGEM DO PROTOCOLO: selecione da lista.

❖ Esta seção destina-se à informações sobre relação da intervenção com protocolos clínicos. Assim, caso a intervenção/orientação tenha relação com um protocolo clínico utilizado em seu serviço, favor preencher este quadro.

SEÇÃO 5 – Avaliação da adesão da Intervenção Farmacêutica pela equipe médica

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA - MÉDICO	
AVALIAÇÃO DE ADESÃO (A - aderido / NA - não aderido / NAJ - não aderido justificado)	
	A
	NAJ
	NA
	NAJ
	NA
	NAJ
	NA

Orientações de preenchimento:

- AVALIAÇÃO DE ADESÃO: selecione da lista.
- A primeira coluna (sombreada) não está aberta para inserção de dados. Ela existe apenas para melhor apresentação dos indicadores ao final da planilha.

Opções de adesão:

A = ADERIDO
 NA = NÃO ADERIDO
 NAJ = NÃO ADERIDO JUSTIFICADO*

*Para considerar uma intervenção como NAJ, a justificativa deve ter um mínimo de plausibilidade técnica coerente com o caso, uma justificativo do tipo “porquê eu quis” ou “não embasada em dados técnicos” acaba recaindo como “NA”. A coluna “W” do indicador está reservada para relatar as justificativas informadas pela equipe assistencial.

❖ Esta seção destina-se à avaliação de ADESÃO da equipe médica em relação à intervenção farmacêutica proposta.

SEÇÃO 6 – Avaliação da adesão da Intervenção Farmacêutica pelas outras equipes assistenciais

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA - Outras Equipes Assistenciais (A - aderido / NA - não aderido / NAJ - não aderido justificado)	AVALIAÇÃO DE ADESÃO (A - aderido / NA - não aderido / NAJ - não aderido justificado)
Enfermagem	a
Farmácia Hospitalar	na
Outra (especificar nas observações)	na

- ❖ Esta seção destina-se à avaliação de ADESÃO de outras equipes assistenciais (Enfermagem, Farmácia Hospitalar, Nutrição, Paciente-cuidador, Odontologia, Serviço Social, Fisioterapia, e Outros).

Orientações de preenchimento:

- EQUIPE ASSISTENCIAL: selecione da lista. No caso de selecionar "outras (especificar nas observações)", você pode descrever essas observações na coluna "N", relativa à observações da intervenção farmacêutica.
- AVALIAÇÃO DE ADESÃO: selecione da lista.

Opções de adesão:

A = ADERIDO
 NA = NÃO ADERIDO
 NAJ = NÃO ADERIDO JUSTIFICADO*

*Para considerar uma intervenção como NAJ, a justificativa deve ter um mínimo de plausibilidade técnica coerente com o caso, uma justificativo do tipo "porquê eu quis" ou "não embasada em dados técnicos" acaba recaindo como "NA". A coluna "W" do indicador está reservada para relatar as justificativas informadas pela equipe assistencial.

SEÇÃO 7 – Justificativas de não-adesão

- ❖ Esta seção destina-se à inserção das JUSTIFICATIVAS dos casos de NAJ (não aderido justificado)

Orientações de preenchimento:

- JUSTIFICATIVA: campo de texto, edição livre.

*Para considerar uma intervenção como NAJ, a justificativa deve ter um mínimo de plausibilidade técnica coerente com o caso, uma justificativo do tipo "porquê eu quis" ou "não embasada em dados técnicos" acaba recaindo como "NA".

SEÇÃO 9 – Informação de intervenções potencialmente econômicas

AE	
INTERVENÇÃO ECONÔMICA?	
Considerar apenas potenciais economias "diretas" (diminuição dose, tempo de tratamento, medicamento de menor custo, etc...)	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
0	
1	
2	
3	

SEÇÃO 11 – Informações complementares: Paciente-dia acompanhado e informações sobre o serviço

	A	B	C	D	E
18	PACIENTES-DIA ACOMPANHADOS (no período/mês)		INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO (preenchimento manual)		Prezado colega,
19	01		Nº Paciente-dia total do hospital no mês (verificar com a Gestão de Leitos)		1- Apenas as células de cor BRAN
20	02		Nº de horas de Farmacêutico Clínico no mês		2- Conforme necessidade, adicio
21	03		Nº de horas de residente/estagiário em Farmácia Clínica no mês		3- Preenchimento manual. a t
22					4- Somar horas de farmacêutico no NFC no mês. d
					5- m
					6- Ac abac atiar entes da nlanhs

❖ Esta seção destina-se ao registro de dados que contribuem no cálculos dos indicadores do Serviço de Farmácia Clínica.

Orientações de preenchimento:

- PACIENTES-DIA ACOMPANHADOS: informar, para cada dia do mês, o número de pacientes acompanhados/avaliados pela Farmácia Clínica, independente de terem tido ou não intervenção/orientação registrada.
- INFORMAÇÕES DO SERVIÇO
 - Nº PACIENTE-DIA TOTAL DO HOSPITAL NO MÊS: informar o número total da ocupação do hospital no mês, em paciente-dia. Este valor geralmente é disponibilizado pelo Depto de Gestão de Leitos do seu hospital. Ambulatórios podem considerar o nº total de pacientes que foram atendidos.
 - Nº DE HORAS DE FARMACÊUTICO CLÍNICO NO MÊS: informação do nº de horas de farmacêutico regular da SES, no mês.
 - Nº DE HORAS DE RESIDENTE/ESTAGIÁRIOS FARMACÊUTICO CLÍNICO NO MÊS: informação do nº de horas de residentes e estagiários de farmácia clínica, no mês.

8.3 QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA SOBRE A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA DESENVOLVIDO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL

Avaliação do Serviço de Farmácia Clínica SES/DF

Prezado colega, esta pesquisa de satisfação pretende avaliar a percepção dos profissionais da saúde em relação aos serviços prestados pelos farmacêuticos clínicos, nas unidades hospitalares da SES/DF. As informações captadas neste instrumento serão utilizadas no planejamento estratégico do Serviço de Farmácia Clínica visando ao aprimoramento das atividades. Ressaltamos que as particularidades do hospital e do entrevistado serão mantidas no mais absoluto sigilo.

***Obrigatório**

1. Termo de consentimento Livre e Esclarecido *

Marcar apenas uma oval.

CONCORDO em participar, na qualidade de entrevistado do projeto de pesquisa acima referido, após devidamente informado sobre os objetivos e finalidades do mesmo. Tenho ciência de que não receberei nenhuma remuneração, e nem terei despesa pelo meu consentimento espontâneo em responder ao questionário.

DISCORDO em participar da pesquisa. *Ir para "A Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF) agradece sua participação!"*.

Identificação

2. Hospital: *

Marcar apenas uma oval.

- HBDF
- HRS
- HRSAM
- HRG
- HRGu
- HRT
- HRAN
- HMIB
- HRPL
- HRC
- HRBZ
- HAB
- HRPa
- HRSM
- HSVp
- Outro: _____

3. Tipo de unidade: *

Marcar apenas uma oval.

- Unidade tratamento intensivo - UTI
- Enfermaria / Internação
- Emergência / PS
- Ambulatório
- Centro de saúde
- UPA
- Outro: _____

4. Profissional: *

Marcar apenas uma oval.

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- Psicólogo
- Outro: _____

Disponibilidade do Serviço de Farmácia Clínica

5. Sua unidade possui acompanhamento do Serviço de Farmácia Clínica? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não *Ir para a pergunta 17.*

Avaliação do Serviço de Farmácia Clínica

6. Com que frequência você identifica a presença do farmacêutico clínico nos rounds/sessões clínicas?

Marcar apenas uma oval.

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Apenas quando solicitado
- Nunca

7. Em sua atividade assistencial, já solicitou algum parecer ao farmacêutico clínico?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

8. Você já recebeu ou visualizou orientações/sugestões do farmacêutico clínico?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

9. Caso tenha respondido "sim" à questão anterior, essas orientações relacionavam-se a qual assunto? (mais de uma opção pode ser assinalada)

Marque todas que se aplicam.

- alteração de farmacoterapia (substituição de medicamento)
 intervenções baseadas em protocolos clínicos e diretrizes
 falta de medicamentos
 ajuste de dose de medicamento
 horário de administração de medicamento
 tempo de tratamento preconizado excedido
 diluição/estabilidade de medicamento
 (re)conciliação medicamentosa na internação ou na alta
 desvio de qualidade de medicamento
 interação entre medicamentos
 interação entre medicamentos e alimentos
 eventos adversos / farmacovigilância
 Outro: _____

10. Você já observou as orientações farmacêuticas (diluição/estabilidade/orientações de infusão para antibióticos) presentes nas "Notas de processamento" da prescrição médica?

Marcar apenas uma oval.

- Sim, essas informações aperfeiçoaram minha prática assistencial
 Sim, contudo essas informações não fizeram diferença na minha prática assistencial
 Não observei essas informações / não utilizo essas informações na minha prática assistencial
 Outro: _____

11. Avalie a relevância das informações prestadas pelo farmacêutico clínico em suas intervenções.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Pouca relevância	<input type="radio"/>	Muita relevância				

12. Avalie o nível de clareza das informações prestadas pelo farmacêutico clínico.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Pouca clareza	<input type="radio"/>	Muita clareza				

13. Na sua avaliação, qual a forma de abordagem adequada para a transmissão das informações do farmacêutico clínico? (mais de uma resposta pode ser assinalada)

Marque todas que se aplicam.

- Evolução Farmacêutica no sistema informatizado
- Participação em rounds/sessões clínicas multiprofissionais
- Documento/nota explicativa em prontuário físico
- Conversa direta com profissionais da assistência ao paciente
- Outro: _____

14. Classifique o profissionalismo/postura da atuação do farmacêutico clínico em suas intervenções multiprofissionais.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Postura inadequada e inconveniente	<input type="radio"/>	Postura adequada e profissional				

15. De modo geral, avalie o grau de satisfação em relação ao Serviço de Farmácia Clínica desenvolvido em sua unidade.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Pouco satisfeito	<input type="radio"/>	Muito satisfeito				

16. Gostaria de deixar sugestões ao Serviço de Farmácia Clínica (observações, críticas, inovações)?

Ir para "A Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF) agradece sua participação!".

Oportunidades do Serviço de Farmácia Clínica

17. Em sua atividade assistencial, já sentiu a necessidade de pareceres/orientações do farmacêutico clínico?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

18. Caso tenha respondido "sim" à questão anterior, essas orientações relacionavam-se a qual assunto? (mais de uma opção pode ser assinalada)

Marque todas que se aplicam.

- alteração de farmacoterapia (substituição de medicamento)
- intervenções baseadas em protocolos clínicos e diretrizes
- falta de medicamentos
- ajuste de dose de medicamento
- sugestão de horário de administração
- tempo de tratamento preconizado excedido
- diluição/estabilidade de medicamento
- (re)conciliação medicamentosa na internação ou na alta
- desvio de qualidade
- interação entre medicamentos
- interação entre medicamentos e alimentos
- eventos adversos / farmacovigilância
- Outro: _____

19. Em sua opinião, qual a importância do Serviço de Farmácia Clínica na melhoria do cuidado ao paciente.

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Pouco importante	<input type="radio"/>	Muito importante				

20. Você gostaria de ter sua unidade assistida pelo Serviço de Farmácia Clínica?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

A Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIASF) agradece sua participação!

Sua opinião é muito importante para o aperfeiçoamento do Serviço de Farmácia Clínica na SES/DF.