

Assistência Farmacêutica de Franco da Rocha, SP:

qualidade da prescrição, dispensa de medicamentos,
adesão a tratamento e ações judiciais

Aprimorandas

Bruna Carolina de Araújo

Roberta Crevelário de Melo

Orientadores

José Ruben de Alcântara Bonfim

Tereza Setsuko Toma



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL**

BRUNA CAROLINA DE ARAÚJO
ROBERTA CREVELÁRIO DE MELO

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE FRANCO DA ROCHA - SP

Monografia apresentada ao Programa de
Aprimoramento Profissional/SES, elaborada
no Instituto de Saúde.

Área: Saúde Coletiva

São Paulo
2018



LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde
BMQ: Beliefs about Medications
BMQ 2: Brief Medication Questionnaire
CAISM: Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental
CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i: Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS II: Centro de Atenção Psicossocial Adulto
CeMe: Central de Medicamentos
CIT: Conselho Intergestores Tripartite
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COSEMS-SP: Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
CRM: Conselho Regional de Medicina
CODES: Coordenação das Demandas Estratégicas do SUS
DCB: Denominação Comum Brasileira
DDD: Dose Diária Definida
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPJS: Índice Paulista de Judicialização da Saúde
IS: Instituto de Saúde
IVS: Índice de Vulnerabilidade Social
MS: Ministério da Saúde
OMS: Organização Mundial da Saúde
PAP: Programa de Aprimoramento Profissional
PCDT: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNM: Política Nacional de Medicamentos
REMUME-FR: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Franco da Rocha
RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SEADE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES: Secretarias Estaduais de Saúde
SES-SP: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SMS-FR: Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha
STF: Supremo Tribunal Federal
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UPA: Unidade de Pronto-Atendimento



RESUMO

A partir da nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SMS-FR), em 2017, definiu-se com o Instituto de Saúde (IS), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como proposta de trabalho a elaboração de guias para a prática nos serviços de saúde em diversas áreas temáticas, entre as quais a assistência farmacêutica, sendo os temas levantados em reuniões da Câmara Técnica: qualidade da prescrição farmacológica, fluxos divergentes na dispensa de medicamentos, falta de conhecimento quanto à adesão de pacientes aos tratamentos farmacológicos e necessidade de estabelecer um fluxo para as ações judiciais de saúde. Na elaboração do guia e visitas aos principais equipamentos municipais de saúde que fazem a dispensa de medicamentos observou-se os fluxos e a rotina de trabalho, e colheu-se informações de uma amostra de receitas médicas. Além disso, foram capacitados os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de maior abrangência do município para aplicação de instrumentos que avaliam a adesão ao tratamento farmacológico na população. Por fim, fizeram um levantamento de ações judiciais em saúde para a análise dos medicamentos requeridos conforme Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2017 e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Franco da Rocha (REMUME-FR). Na análise de receitas foram encontrados diversos erros em todas as receitas (erros na receita, de prescrição e de dispensa); a partir das observações notou-se que não há fluxo estabelecido e foram elaborados dois fluxos de dispensa de medicamentos; os ACS aceitaram o instrumento de adesão ao tratamento farmacológico na rotina de trabalho e o instrumento mostrou que a maioria da população não adere ao tratamento farmacológico prescrito; o IPJS do Município exibiu-se maior em comparação entre os municípios vizinhos o que reforça a importância de um fluxo estabelecido dessa área. Diante das observações e análises da assistência farmacêutica de Franco da Rocha, entende-se que algumas ações poderiam ser desenvolvidas para melhorar o processo de trabalho da assistência farmacêutica do município e, conseqüentemente beneficiar a situação de saúde de sua população.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Prescrição Inadequada; Medicamentos de Dispensação Mediante Receita; Adesão ao Tratamento Farmacológico; Judicialização da Assistência Farmacêutica.



SUMÁRIO

RESUMO EXECUTIVO	6
CONTEXTO E ANTECEDENTES	9
O Instituto de Saúde (IS)	9
O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP)	9
A parceria do IS com a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha	10
O município de Franco da Rocha	10
Prioridade de estudo: Assistência Farmacêutica e Judicialização da Saúde	11
INTRODUÇÃO AO PROBLEMA	12
Política Nacional de Assistência Farmacêutica	12
Ações judiciais em saúde	15
OBJETIVOS	17
Objetivo geral	17
Objetivos específicos	17
1 QUALIDADE DAS RECEITAS MÉDICAS	18
1.1 Fundamentos	18
1.1.1 Etapas de uma terapêutica efetiva	18
1.1.2 Informações necessárias para uma receita médica	19
1.1.3 Erros de tratamento farmacológico	21
1.1.4 Erros de prescrição farmacológica	22
1.2 Métodos	23
1.3 Resultados relativos a receitas dispensadas nas Farmácias Central, da UBS Doutor Leopoldino José dos Passos e da UPA	23
1.3.1 Erros na receita	23
1.3.1 Erros de prescrição	24
1.3.1 Erros de dispensa	25
1.4 Resultados relativos a receitas prescritas nos CAPS i, CAPS AD e CAPS II	26
1.5 Recomendações	28
2 PROCESSO DE DISPENSA DE MEDICAMENTOS	31
2.1 Fundamentos	31
2.1.1 O processo de dispensa farmacêutica	31
2.1.2 Erros de dispensa farmacêutica	32
2.2 Métodos	33
2.3 Resultados	33
2.3.1 Processo de dispensa de produtos farmacêuticos da Farmácia Central	33
2.3.2 Processo de dispensa de produtos farmacêuticos da UPA	34
2.4 Recomendações	34
3 ADESÃO DE PACIENTES AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	37
3.1 Fundamentos	37
3.2 Métodos	39
3.3 Resultados	40
3.4 Apresentação dos resultados da UBS Dr. Leopoldino José dos Passos	42
3.5 Reformulação do Instrumento de adesão ao tratamento farmacológico	42
3.6 Recomendações	43
4 AÇÕES JUDICIAIS EM FRANCO DA ROCHA	44
4.1 Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS)	44
4.2 Métodos	44
4.3 Resultados	45
4.4 Recomendações	48
5 CONCLUSÃO	50
6 REFERÊNCIAS	51
7 ANEXOS	59

RESUMO EXECUTIVO

A partir da nova gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SMS-FR), em 2017, definiu-se com o Instituto de Saúde (IS), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, como proposta de trabalho a elaboração de guias para a prática nos serviços de saúde em diversas áreas temáticas, entre as quais a assistência farmacêutica. Em reuniões da Câmara Técnica, destinadas a discutir o desenvolvimento de um guia sobre esse tema, foram levantadas as seguintes preocupações: qualidade da prescrição farmacológica, fluxos divergentes na dispensa de medicamentos, falta de conhecimento quanto à adesão de pacientes aos tratamentos farmacológicos e necessidade de estabelecer um fluxo para as ações judiciais de saúde.

O grupo de trabalho do IS foi composto por dois pesquisadores e duas aprimorandas que participaram das reuniões da Câmara Técnica para elaboração do guia e visitaram os principais equipamentos municipais de saúde que fazem a dispensa de medicamentos com a finalidade de observar os fluxos e a rotina de trabalho, e colher informações de uma amostra de receitas médicas. Além disso, capacitaram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de maior abrangência do município para aplicação de instrumentos que avaliam a adesão ao tratamento farmacológico na população e fizeram um levantamento de ações judiciais em saúde para a análise dos medicamentos requeridos conforme Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2017 e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Franco da Rocha (REMUME-FR).

Qualidade das receitas médicas

Foram analisadas 254 receitas, quanto a erros de prescrição e dispensa, provenientes da Farmácia Central, de duas UBS (Dr. Leopoldino José dos Passos e Dr. Franco da Rocha) e da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Os erros em receitas somaram 66,5%, sendo que 15,4% das receitas eram totalmente ilegíveis. Destaca-se que 36,6% das receitas não tinham identificação do serviço de saúde no qual foi prescrita.

Os principais erros de prescrição foram: erro de execução (20,1%); erro de forma farmacêutica (11,8%); e outros tipos de erro (63,8%). O erro de rotulação sobressaiu-se com 90,6%, seguido de erros de documentos com 28,0%.

Ademais, foram analisadas as prescrições de psicotrópicos em 171 receitas do Centro de Apoio Psicossocial - CAPS (adulto, infantil e álcool e drogas). De acordo com a RENAME 2017, dos 45 tipos de medicamentos prescritos, 17 (37,8%) estão no Componente Básico e 9 (20,0%) no Componente Especializado. Vale ressaltar que 20 tipos de psicotrópicos prescritos (44,5%) não fazem parte da REMUME-FR e 19 tipos (42,2%) não fazem parte da RENAME 2017.

Processo de dispensa de medicamentos

Conforme as observações da dispensa farmacêutica na rede do município, verificou-se que cada equipamento de saúde tem seu próprio protocolo de dispensa, o que gera confusão para os usuários.

Diante das incongruências observadas, notou-se que de 179 receitas dispensadas e analisadas, 39,7% mostraram erros de documentos no momento da dispensa e todas apresentaram erros de rotulação, por não terem sido fornecidas as orientações necessárias para sua administração.

As observações permitiram a elaboração de três fluxogramas, que correspondem aos processos de dispensa farmacêutica da Farmácia Central, da UBS Dr. Leopoldino José dos Passos, e da UPA.

Adesão do paciente ao tratamento farmacológico

Os questionários adaptados de BMQ (*Beliefs about Medications*) e BMQ 2 (*Brief Medication Questionnaire*), que avaliam a adesão do usuário ao tratamento farmacológico, foram aplicados por ACS capacitados aos usuários da área de abrangência da UBS Dr. Leopoldino dos Passos (conhecida como Parque Vitória).

O BMQ avalia a percepção e a necessidade do paciente quanto ao uso de medicamento por meio de um questionário estruturado com pontuação que vai de 11 a 33, sendo que uma pontuação mais elevada indica a necessidade de o usuário entender a utilização do medicamento. O instrumento foi aplicado em 88 pacientes que tiveram média de pontuação de 23,5, considerada alta, ou seja, os usuários da UBS Parque Vitória não têm uma compreensão se os medicamentos são necessários para a manutenção de sua saúde.

O BMQ 2 avalia o uso do medicamento pelo usuário, sua confiança em relação ao tratamento e sua memória em seguir as recomendações do prescritor. Foram aplicados 76 questionários, em que 35,5% mostraram barreiras de crenças e 96,1% barreiras de recordação, ou seja, mais da metade (55,3%) dos usuários apresentou em potência problemas para não aderir ao tratamento proposto.

Esses resultados foram apresentados aos profissionais de saúde da UBS (ACS e gestores) que apontaram a eficiência do instrumento BMQ 2, porém sugeriram algumas alterações para facilitar sua aplicação rotineira. Desse modo, produziu-se uma nova versão desse questionário, seguido de aplicação a outros usuários. Os resultados do instrumento não divergiram dos resultados do teste anterior, o que assinalou a possível validade na utilização. Dessa forma, os profissionais aceitaram o último questionário adaptado do BMQ 2 para ser integrado ao processo de trabalho.

Ações judiciais em Franco da Rocha

O Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS) vem sendo utilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para acompanhar a evolução de ações judiciais nos municípios e regiões de saúde. O IPJS indica o número de ações judiciais em saúde em relação à população do município, expresso por 10.000 habitantes.

Realizou-se uma comparação do montante de ações judiciais de Franco da Rocha com os outros quatro municípios que compõem a respectiva região de saúde, sendo o IPJS de Franco da Rocha o maior entre todos.

Depois de identificação dos medicamentos requeridos por via de ações judiciais foi feita uma análise se esses medicamentos constam na RENAME 2017 e REMUME-FR. Dos 60 medicamentos requeridos em ações judiciais, 24 (40,0%) constam da RENAME 2017 e 21



(35,0%) estão na REMUME-FR. Cinco dos medicamentos requeridos haviam sido avaliados pela CONITEC, com disponibilidade de parecer técnico.

Conclusão

Diante das observações e análises da assistência farmacêutica de Franco da Rocha, entende-se que algumas ações poderiam ser desenvolvidas para melhorar o processo de trabalho da assistência farmacêutica do município e, conseqüentemente beneficiar a situação de saúde de sua população. Sugere-se a implantação das seguintes ações: um Programa de Educação Continuada para os prescritores; o estabelecimento da REMUME-FR preferentemente segundo a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, de 2017; estabelecimento de prescrições eletrônicas com base em protocolos clínicos de atenção básica e de especialidades consideradas necessárias; a criação de protocolos de dispensa de insumos farmacêuticos para o município; a incorporação do instrumento de adesão ao tratamento farmacológico no processo de trabalho em todas as UBS e a criação de um fluxo para o atendimento de demandas de judicialização, sob parceria com os órgãos envolvidos, especialmente a Defensoria Pública, o Ministério Público Estadual e a Vara Cível de Comarca.



CONTEXTO E ANTECEDENTES

O Instituto de Saúde

O Instituto de Saúde (IS) é órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), cuja missão consiste em produzir conhecimento científico e tecnológico no campo da Saúde Coletiva e promover sua apropriação para o desenvolvimento de políticas públicas, visando à melhoria da qualidade de vida da população, prestando assessoria e colaborando na formação de recursos humanos, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade e participação social.

O IS tem como propósito ser referência para o SUS na produção de conhecimento técnico-científico; na avaliação tecnológica de saúde; na assessoria para diferentes níveis de gestão do sistema de saúde e outros setores de governo; na formação e desenvolvimento de trabalhadores para o sistema de saúde e na difusão de informações para a tomada de decisão^a.

O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP)

O Programa de Bolsas para Aprimoramento Profissional foi criado pelo Decreto Estadual nº 13.919 de 11 de outubro de 1979^b e consiste em formação profissional na área da saúde para recém-graduados de cursos universitários (exceto medicina), contando com diversos programas para instituições públicas e privadas sob convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS)^c.

O IS oferece dois Programas de Aprimoramento Profissional: em Saúde Coletiva (15 vagas) e outro em Avaliação de Tecnologias de Saúde (5 vagas). Com a finalidade de formação em serviço, alunos recém-graduados participam do Programa durante um ano, em regime de dedicação exclusiva e carga horária de 40 horas semanais, e recebem bolsa de estudo da SES-SP. As atividades desenvolvidas incluem: um conjunto de disciplinas teóricas, divididas em módulos (Ciências Sociais em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Epidemiologia; Pesquisa em Saúde e Educação e Saúde); a participação em projetos de pesquisa institucionais orientados por pesquisadores do Instituto de Saúde; e a confecção de Trabalho de Conclusão do Programa. Espera-se que, ao término da formação, os

^a <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/>

^b http://pap-saude.net.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=2&p_nanexo=6

^c http://pap-saude.net.br/portal/pag/area.php?p_narea=2

aprimorandos sejam capazes de fazer avaliação de políticas públicas de saúde, contribuindo para a fortificação do SUS no âmbito da pesquisa e dos serviços^d.

A parceria do IS com a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha

Por meio de parceria entre o Instituto de Saúde e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), as turmas de 2014, 2015 e 2016 desenvolveram, com a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha (SMS-FR), ações com a intenção de apoiar o reconhecimento de necessidades e problemas de saúde por meio de análise, reflexão e identificação de opções para a resolução de problemas e demandas encontradas.

Em 2017, a nova equipe de gestão da SMS-FR fez proposta de trabalho com ênfase na elaboração de guias para a prática nos serviços de saúde em diversas áreas temáticas.

O município de Franco da Rocha

O município de Franco da Rocha situa-se na Região Metropolitana do Estado de São Paulo, na microrregião administrativa de mesmo nome, aproximadamente a 40 km da capital. Franco da Rocha tem área de 134,160 km² e limita-se com os municípios de Mairiporã à leste, Cajamar à oeste, Francisco Morato ao norte e Caieiras ao sul (Figura 1)¹. Sua população é de 146.129 habitantes, sendo 92,1% residentes em área urbana e 7,9% em área rural².

Figura 1. Mapa geográfico do município de Franco da Rocha.



Fonte: Emplasa^e, 2017.

^d <http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/formacao/aprimoramento>

^e <https://www.emplasa.sp.gov.br/RMSP>

Franco da Rocha é considerado cidade dormitório, com 27% de seus habitantes locomovendo-se diariamente para trabalhar e/ou estudar nos municípios vizinhos e na capital de São Paulo, uma vez que a economia regional é carente de investimentos de fixação de sua população³.

O município apresenta população em situação de média vulnerabilidade social, com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) de 0,34⁴. Este panorama requer atenção do governo municipal para as áreas de Educação, Habitação, Saúde, Assistência Social, Renda e Emprego entre outras, pois estas áreas, ao serem estruturadas, melhoram as condições de vida da população⁵.

Atualmente, há 90 estabelecimentos de saúde no município, sendo 75,9 % públicos (estaduais e municipais), e distribuídos por níveis de atenção primária e de média complexidade. Existem três farmácias públicas (duas municipais e uma estadual) destinadas a programar, receber, estocar, preparar, controlar e dispensar medicamentos básicos e do Componente Especializado do Ministério da Saúde/Secretaria de Estado da Saúde. Além disso, há plantões de atendimento farmacêutico nas Unidades Básicas de Saúde⁶.

Prioridade de estudo: Assistência Farmacêutica e Judicialização da Saúde

Em reunião no Instituto de Saúde em 19 de abril de 2017, o secretário-adjunto da SMS-FR apresentou aos pesquisadores uma lista de temas prioritários para a área de saúde do município. Uma das áreas de interesse foi a Assistência Farmacêutica, em razão da preocupação com a denominada judicialização da saúde, especialmente com relação aos medicamentos.

Desde então, duas aprimorandas e dois pesquisadores participaram das reuniões da Câmara Técnica da SMS-FR, iniciadas em maio de 2017.

A proposta inicial foi a necessidade de se elaborar um Guia de Dispensa Farmacêutica e Judicialização em Saúde, para o qual solicitou-se a colaboração do IS no desenvolvimento de parte dos conteúdos. O processo de elaboração do Guia trouxe novas preocupações: a qualidade da prescrição farmacológica e a dispensa de medicamentos, além de rastreamento e acompanhamento de adesão ao tratamento farmacológico, questões complexas quanto a uma rápida resolução.

INTRODUÇÃO AO PROBLEMA

Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Os medicamentos são apresentados como opções no cuidado à saúde, e devem ser utilizados desde que avaliados segundo sua relação benefício-risco e custo-benefício, considerando também as características do paciente⁷. O medicamento é visto como um bem de consumo e o paciente como consumidor, porém conforme a *International Society of Drug Bulletins*⁸ (2004) [...] “a palavra *consumidor* deve ser evitada quando descrever a relação entre pacientes e remédio”.

No Brasil, instituiu-se em 1971, a Central de Medicamentos (CeMe), garantindo a entrega de medicamentos à população com vulnerabilidade econômica, compreendendo-se assim como uma política pública de Assistência Farmacêutica⁹.

Em 1998, foi instituída a Política Nacional de Medicamentos (PNM)^f, diretriz que foi corroborada na Política Nacional de Assistência Farmacêutica^g, em 2004, nos seguintes aspectos: adoção de uma lista de medicamentos essenciais, regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção, garantia da segurança, eficácia e qualidade de medicamentos e desenvolvimento e qualificação de recursos humanos¹⁰.

Contudo, somente em 2006, com o Pacto pela Vida^h, é que a assistência farmacêutica se estabelece como um setor à parte para receber financiamento, permitindo que os entes federativos cumprissem as diretrizes e melhorassem assim o seu fluxo¹¹.

Desse modo, a assistência farmacêutica norteia a formulação de políticas em serviços da rede de saúde do país, mantendo os princípios do SUS de descentralização das ações, da universalidade do acesso e da equidade da assistência, além de capacidade de resolução da atenção à saúde considerando o acompanhamento e avaliação destas ações.

Atualmente, um dos maiores gastos das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) é destinado a esse setor, com demanda crescente.

No Estado de São Paulo, o Decreto nº 62.255, de 8 de novembro de 2016ⁱ, criou a Coordenadoria de Assistência Farmacêutica, definindo como uma de suas atividades

^f http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf

^g http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html

^h <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>

ⁱ <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2016/decreto-62255-08.11.2016.html>

“consolidar, no âmbito do Estado, a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, destinadas a prover atenção integral à saúde da população”.

Porém, a assistência farmacêutica precisa de uma melhor integração entre todos os setores envolvidos para efetividade do cuidado da população.

A efetivação plena da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade dos três entes federativos¹². Portanto, cabe a esta nova coordenadoria, bem como às secretarias municipais de saúde, fazer com que sejam adequadamente cumpridas as etapas previstas na Assistência Farmacêutica de Medicamentos, apresentadas no Quadro a seguir.

Quadro 1. Divisão de Núcleos de Atividades da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo.

Etapas da Assistência Farmacêutica	
Seleção	Atividade responsável pelo estabelecimento da relação de medicamentos que serão dispensados.
Programa	Assegura a disponibilidade dos medicamentos selecionados (Quantidade adequada e tempo hábil).
Aquisição	Efetua o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pelo programa, levando em consideração aspectos jurídicos, técnicos, administrativos e financeiros.
Armazenamento	Atividades de recebimento, estoque, segurança, conservação e controle.
Distribuição	Garante a rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações e controle.
Dispensa	Responsável pela entrega do medicamento correto ao usuário, na dose e quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto.

Adaptado de CONASS (2007)⁹.

Desde 2006, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) também reforçou-se, sendo renovada em 2008, 2010, 2013, 2014 e 2017. A RENAME 2017^j tem 812 fármacos, conforme a Resolução MS/CIT Nº 25, de 31 de agosto de 2017.

^j http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf

Embora o objeto deste trabalho de conclusão de curso não tenha como finalidade alguma reflexão a respeito das versões de 2006 a 2017. A RENAME 2013 foi analisada no trabalho de Yamauti et al. (2017)¹³, por cotejo com a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS e critérios de benefício-risco, entre outros, de *Prescrire International*, tendo seus autores verificado que a RENAME 2013 havia perdido os critérios de indispensabilidade existentes na RENAME de 2006 a 2010, o que indicaria que a RENAME de 2013 não mais poderia ser designada de relação de medicamentos essenciais. As modificações da RENAME 2013 continuaram na RENAME 2014 e 2017, o que deveria preocupar os gestores do Sistema único de Saúde¹⁴.

Com o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011^{15,k}, a confecção da RENAME¹⁴ passou a ser atribuição da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias¹ no SUS (CONITEC), um órgão colegiado de caráter permanente cujo propósito é assessorar o Ministério da Saúde no processo de incorporação, exclusão, alteração ou ampliação de uso das tecnologias de saúde, além da elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT).

A prescrição de medicamentos e de drogas está estabelecida pelas leis federais 5.991/73¹⁶ e 9.787/99¹⁷ e a avaliação da prescrição pela Resolução 357/01¹⁸ do Conselho Federal de Farmácia. Segundo a PNM, o medicamento deve ser utilizado com a respectiva dose e duração assinalada na prescrição¹⁹.

Diante do crescimento de prescrições farmacológicas e conseqüentemente aumento da dispensa de medicamentos, no estudo de Melo, Silva e Castro (2016)²⁰ são destacados os indicadores de qualidade que avaliam a assistência farmacêutica oferecida nos serviços de saúde e a qualidade das prescrições para uma boa prática em saúde. Tenha-se em mente os gastos de assistência farmacêutica, pois em 2016 “o Ministério da Saúde investiu R\$ 15,9 bilhões na compra de medicamentos, o que representa um aumento de mais de 100%, se comparado a 2010, quando foram gastos R\$ 6,9 bilhões. A pasta distribui gratuitamente 14 medicamentos, sendo 11 para hipertensão e diabetes e 3 para asma”²¹.

Assim, torna-se ainda mais necessário avaliar a efetividade da terapêutica de acordo com a necessidade do paciente, sempre respeitando sua escolha de tratamento para que a adesão seja satisfatória²².

^k http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm

¹ <http://conitec.gov.br/>

Ações judiciais em saúde

Nesse contexto, a execução da assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) facultou o acesso do usuário ao medicamento prescrito para seu tratamento, porém, em alguns casos, as terapias prescritas não estão disponíveis no sistema público de saúde, o que leva muitos usuários a optarem pelo recurso da via judicial para receber o tratamento proposto pelo prescritor²³.

Essa ação do usuário causa aumento de gastos de recursos financeiros destinados a políticas públicas que beneficiam toda a população²². Nota-se que houve aumento de ações judiciais relacionadas à saúde em todo o país¹¹. De 2010 a 2016, “foram destinados pela União R\$ 4,5 bilhões para atender a determinações judiciais de compra de medicamentos, além de depósitos judiciais, um aumento de 1.010%”²³, neste período. “Em 2017, até agosto, a cifra já chega a R\$ 721,1 milhões. Do total, a pasta já destinou R\$ 705,1 milhões em compras de medicamentos referentes a aquisição de 550 itens para atender demandas de medicamentos. Até o final deste ano, incluindo também estados e municípios, a perspectiva é de que o gasto com determinações judiciais, em 2017, chegue a R\$ 7 bilhões”²⁴.

A saúde é direito de fundamento disposto no artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil²⁵: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Em 19 de setembro de 1990, o SUS foi regulado pela Lei nº 8.080²⁶ e pela Lei nº 8.142²⁷ da Saúde, denominadas Leis Orgânicas da Saúde; a primeira, entre outros aspectos, estabeleceu “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” e entre as ações, “a formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)”.

A assistência farmacêutica, com base na Lei 8.080/90²⁶, foi organizada pelo Decreto nº 7.508/2011²⁸, que define a conformidade entre as diretrizes terapêuticas, protocolos clínicos e a RENAME para garantir o atendimento íntegro e coletivo da população.

Porém, o completo cuidado à saúde e seu acesso tornaram-se grande problema em razão da complexidade do país, por sua extensão e população (estimação de 207 milhões de habitantes para 2017), e de seus característicos regionais²⁹. Além disso, há crescente incorporação de alegados avanços tecnológicos e disseminação de informações de saúde, muitas vezes sem critérios de comprovação de sua real utilidade, o que dificulta a tomada de decisão por gestores e profissionais de saúde sobre qual a melhor intervenção terapêutica a seguir³⁰.

Também houve por causa disso, o surgimento e o aumento exponencial do fenômeno “Judicialização da Saúde”, assim definido por Chieffi e Siqueira (2014)²³:

O SUS está sujeito ao fenômeno denominado ‘Judicialização da Saúde’, que busca garantir a assistência à saúde com ação do Poder Judiciário, para assegurar o ‘Direito à Saúde’ mediante a determinação do fornecimento de medicamentos, produtos e serviços de saúde para os cidadãos que recorrem à justiça.

Pepe et al. (2010)¹¹ já tinham assinalado:

A “judicialização da saúde”, fenômeno multifacetado, expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça. A intervenção judicial no âmbito da gestão do setor saúde tem sido alvo de intenso debate e, recentemente, ganhou destaque no Supremo Tribunal Federal (STF), com a realização de audiência pública [2009] que possibilitou a interlocução entre atores envolvidos. [...]

Assim, a judicialização da saúde promove o interesse individual em detrimento do interesse coletivo uma vez que o financiamento de ações à saúde planejadas e destinadas à população é revertido para o cumprimento dessas ações judiciais, o que se contrapõe aos princípios do SUS, onerando o sistema e determinando uma dualidade bem esclarecida pelo juiz federal Clênio Jair Schulze (2014)³¹:

(...) não há lugar no mundo que tenha um modelo de sistema de saúde completo, perfeito e impecável, exatamente porque existe a limitação financeira e de recursos humanos e tecnológicos. É inadequada a análise do tema da judicialização com base na ideia de conflito entre dois interesses, de um lado o direito à vida e à saúde e, de outro lado, o mero interesse financeiro do Estado.



OBJETIVOS

Objetivo geral

Este trabalho de conclusão do PAP em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde tem como finalidade descrever fundamentos, métodos utilizados e resultados alcançados com relação a três aspectos da assistência farmacêutica considerados mais relevantes pela equipe de gestão da saúde do município de Franco da Rocha.

Objetivos específicos

1. Analisar a qualidade da prescrição de medicamentos;
2. Analisar o processo de dispensa farmacêutica habitual e o decorrente de ações judiciais;
3. Analisar a possibilidade de uso de instrumentos de avaliação de adesão a tratamentos farmacológicos.

Para abranger esses objetivos recorreu-se a diversos métodos, por isso o trabalho será apresentado conforme cada objetivo específico.

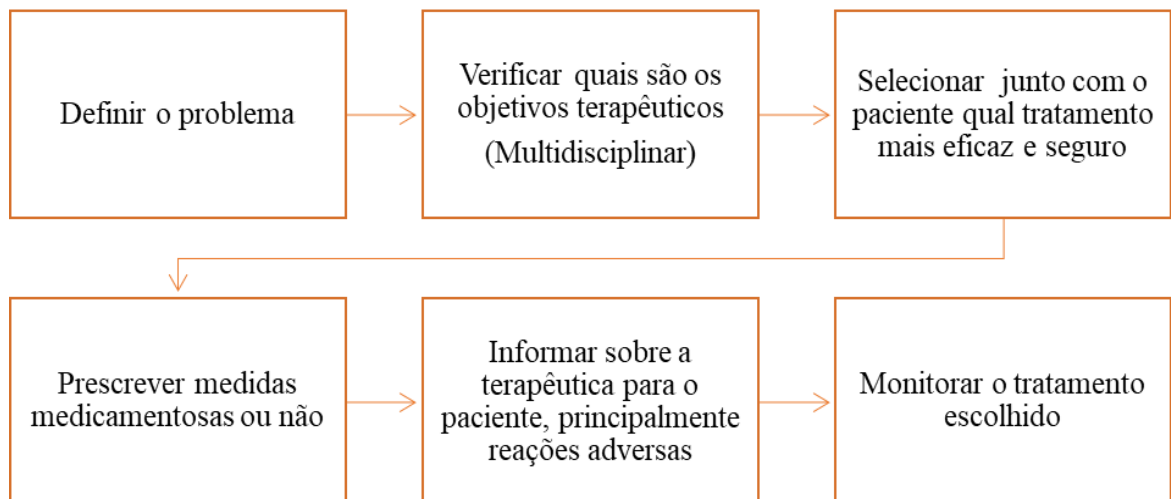
1 QUALIDADE DAS RECEITAS MÉDICAS

1.1 Fundamentos

1.1.1 Etapas de uma terapêutica efetiva

A prescrição farmacológica em uma terapêutica deve ser norteada por avaliação de benefícios e riscos, quando então se escolhe um tratamento que trará o máximo benefício com o mínimo risco, e que também deve considerar a ativa participação do paciente no processo. O esquema abaixo descreve as etapas que devem constituir uma terapêutica efetiva (Figura 2).

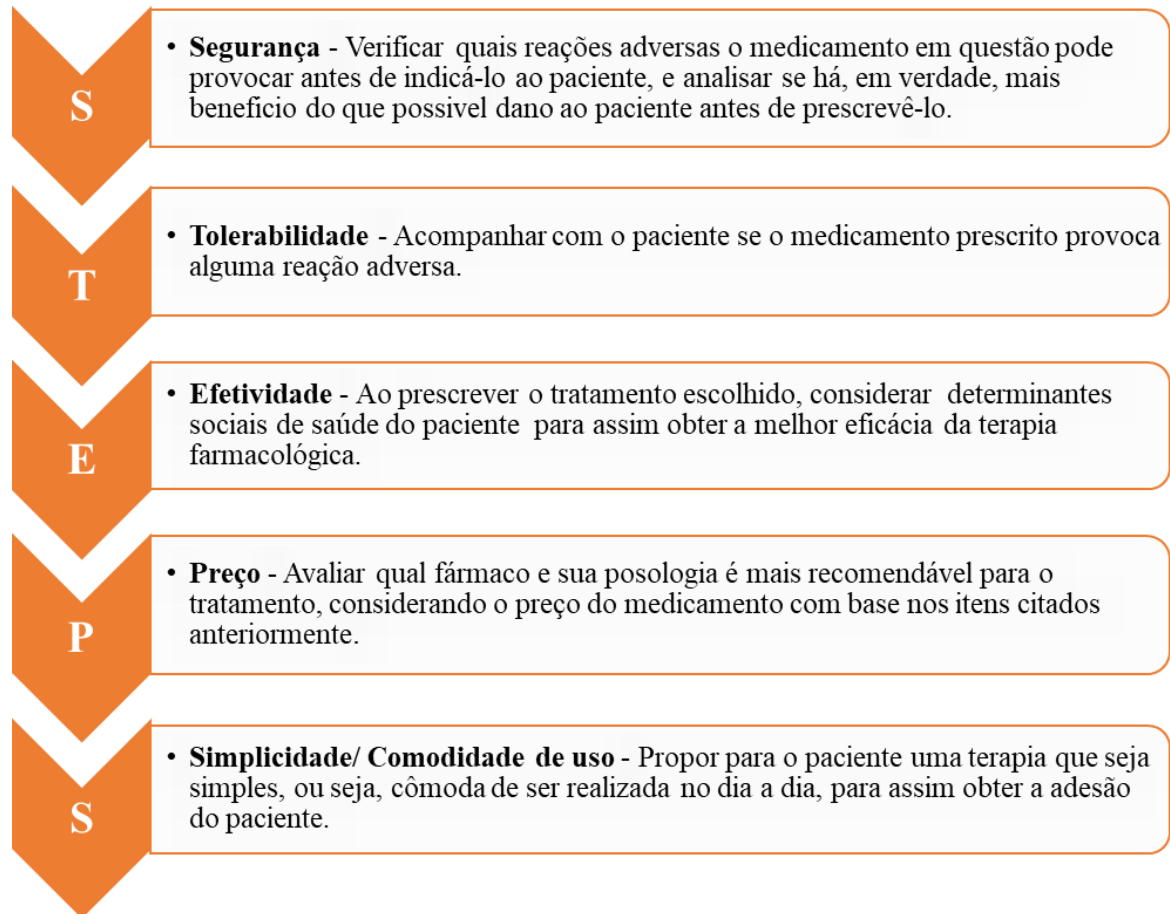
Figura 2. Etapas de terapêutica efetiva.



Adaptado de Madruga e Souza (2011)³¹.

Existe um recurso que auxilia o processo da prescrição farmacológica, identificado pelo acrônimo STEPS (*Safety*, Segurança; *Tolerability*, Tolerabilidade; *Effectiveness*, Efetividade; *Price*, Preço e *Simplicity of use*, Simplicidade ou comodidade de uso), de Pegler e Underhil (2010)²² e comentado por Fugh-Berman (2010)³³, e que deveria ser utilizado na tomada de decisão a respeito de qual tratamento farmacológico é o mais recomendado, tendo em conta aspectos biopsicossociais do paciente (Figura 3).

Figura 3. Acrônimo STEPS.



Adaptação com base em Pegler e Underhil (2010)²².

Dessa maneira, diante do grande número, sempre crescente, de terapias tornadas disponíveis, faz-se necessário identificar qual é a mais efetiva de acordo com a necessidade do paciente, estimulando sua autonomia para participar na escolha do tratamento, pois somente assim se conseguirá um resultado satisfatório no processo terapêutico.

1.1.2 Informações necessárias para uma receita médica

A Portaria 344/98³⁴ e a Lei nº 5.991/1973¹⁶ dispõem sobre quais informações são necessárias para uma receita ser aviada, sendo destacadas pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (2006)³⁵ e por Madruga e Souza (2011)³¹, como:

- **Cabeçalho:** é composto por nome e endereço do profissional ou da instituição onde trabalha (clínica ou hospital), registro profissional e número de cadastro de pessoa física ou jurídica.
- **Superinscrição:** é caracterizado por nome, endereço e idade do paciente.

- **Inscrição:** abrange o nome do fármaco, a forma farmacêutica e sua concentração. Pode-se ainda acrescentar, quando pertinente, o nome comercial do produto seguido do nome do fármaco (a Denominação Comum Brasileira – DCB), a forma farmacêutica e a dose correspondente.
- **Subinscrição:** é constituída pela quantidade total a ser fornecida. [Nota: Na prescrição de fármacos de uso controlado, a quantidade deve ser expressa em algarismos arábicos, com escrita por extenso e entre parênteses].
- **Adscrição:** refere-se a orientações para o paciente quanto ao uso do fármaco.
- **Data:** é colocada no final do receituário, com o nome da cidade, dia (números arábicos), o mês escrito por extenso e o ano (números arábicos).
- **Assinatura e número de inscrição:** deve-se colocar a assinatura e abaixo o número de registro do Conselho Regional de Medicina ou de Odontologia. [Nota: O carimbo, quando utilizado, deve ser posto abaixo da assinatura e não sobreposto a ela].
- - **Receitas médicas feitas por carimbos:** podem ser aplicadas somente em tratamentos de uso contínuo que obedecem a protocolos de doenças endêmicas, como em programas de tuberculose e hanseníase.

No Brasil, a prescrição de medicamentos e de drogas está estabelecida pelas leis federais 5.991/73¹⁶ e 9.787/99¹⁷ e a avaliação da prescrição pela Resolução 357/01¹⁵ do Conselho Federal de Farmácia. É óbvio, embora não conste da legislação, que uma receita pode ser feita com digitação por computador. Ressalte-se que a receita deve ser escrita à tinta, sob normas da língua portuguesa e sempre com o seu conteúdo por extenso, ou seja, não se admite nenhum tipo de abreviatura. Assim, uma receita de escrita legível, de fácil compreensão e formulada de acordo com necessidades do paciente, não se trata somente da obrigação de cumprir a legislação sanitária pertinente, mas é atitude ética indispensável na atuação profissional.

Há vários tipos de receitas conforme sua finalidade de uso (Quadro 2).

Quadro 2. Tipos de receitas e suas utilizações.

Tipos de Receita	Utilização
Receita Simples	Medicamentos isentos de prescrição; Medicamentos de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica”.
Receita Amarela ou Receita "A"	Medicamentos das listas “A1”, “A2” (entorpecentes); Medicamentos da lista “A3” (psicotrópicos); Somente pode conter um produto farmacêutico.
Receita Azul ou receita "B"	Medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas – listas “B1” e “B2” da Portaria SVS 344/98 e suas constantes renovações.
Receita de Controle Especial	Medicamentos de tarja vermelha, com os dizeres “venda sob prescrição médica – só pode ser vendido com retenção da receita”; Medicamentos da lista “C”.
Receita Renovável	Medicamentos para tratamento de doenças crônicas.

Adaptado de Madruga e Souza (2011)³².

1.1.3 Erros de tratamento farmacológico

Os erros de tratamento farmacológico podem trazer sérias consequências a pacientes, profissionais e instituições de saúde. Para Aguiar et al. (2006)³⁶, erros desta natureza são definidos como eventos previsíveis propiciados pelo uso inapropriado de um medicamento, podendo causar danos ao paciente.

O uso inadequado de medicamentos repercute diretamente na saúde pública com consequências econômicas. Estima-se que a prescrição incorreta pode acarretar gastos de 50% a 70% a mais de recursos de governo destinados à assistência farmacêutica, além de gerar elevados gastos diretos aos serviços de saúde, como a execução de exames diagnósticos e internações em hospital, bem como gastos indiretos como perda da capacidade de trabalho e de qualidade de vida³⁶. Estes problemas, adicionais a possíveis danos ao paciente, surgem de modo frequente nos casos de prescrição múltipla.

Para a classificação de tipos de erro de tratamento farmacológico foi escolhida a apresentada por Otero-López et al. (2008)³⁷ (*Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000*).

Ainda, segundo Anacleto et al. (2010)³⁸, “é importante ressaltar que esta [a de Otero-López et al. (2008)³⁷] classificação dos erros não cria categorias excludentes. Uma mesma ocorrência pode ser classificada em mais de um tipo ou subtipo, devendo-se ter o cuidado para que o mesmo não seja computado mais de uma vez em uma avaliação epidemiológica”.

1.1.4 Erros de prescrição farmacológica

Segundo Lavan et al. (2016)³⁹, na literatura, “erro de tratamento farmacológico” [muitas vezes denominado de erro de medicação, mas trata-se de expressão incorreta até por razões linguísticas] e “erro de prescrição” são frequentemente usados de modo intercambiável, tornando difícil os estudos de comparação. Distinguir erros de tratamento farmacológico de erros de prescrição é importante, uma vez que diferentes tipos de erros têm influência de fatores diferentes, resultam em desfechos diferentes, e requerem ações diferentes.

Ferner e Aronson (2006)⁴⁰ definem o erro de tratamento farmacológico como “uma falha no processo de tratamento que leva, ou tem potência, a causar dano ao paciente”. Entretanto, esta definição de erro de tratamento farmacológico abrange erro de prescrição, de administração e de dispensa. No Quadro 3 são apresentadas as definições dos vários tipos de erros de prescrição.

Quadro 3. Definições de erros de prescrição

Erro de omissão	Supressão de um fármaco previamente usado.
Erro de execução	Adição de um fármaco não previamente usado.
Erro de dose	Dose incorreta.
Erro de frequência	Frequência de dose incorreta.
Erro de forma farmacêutica	Forma farmacêutica incorreta.
Erro de substituição	Um fármaco de uma classe é substituído por outro fármaco da mesma classe não previamente usado.
Erro de duplicação	Dois fármacos da mesma classe são prescritos.

Adaptado de Lavan et al. (2016)³⁹.

1.2 Métodos

Foram analisadas 254 receitas, coletadas sem critério prévio, nos dias 4, 6 e 15 de setembro de 2017, em um dia para cada um dos seguintes lugares de dispensa: Farmácia Central, Unidade Básica de Saúde (UBS) Doutor Leopoldino José dos Passos (por ter a maior demanda de munícipes) e a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) por ser a única da microrregião que abrange cinco municípios (Franco da Rocha, Cajamar, Caieiras, Mairiporã e Francisco Morato).

Foram também analisadas receitas de 171 pacientes, com total de 509 prescrições, coletadas no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) e Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II), nos dias 16 e 17 de outubro de 2017.

1.3 Resultados relativos a receitas dispensadas nas Farmácias Central, da UBS Doutor Leopoldino José dos Passos e da UPA

Quanto à proveniência, 25 (9,9%) das receitas foram de origem em serviços privados e 229 (90,1%) em serviços públicos. Entre os serviços públicos, 78,6% das receitas corresponderam a UBS (34,5%), a UPA (22,3%) e ao Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental – CAISM (21,8%). Destaca-se que 36,6% das receitas não tinham identificação em qual serviço fora prescrita.

Todas as receitas analisadas apresentavam múltiplos erros e imperfeições, em desacordo com a legislação sanitária e orientações de conselhos profissionais de Medicina e Farmácia. Os erros foram distribuídos em três categorias: erros na receita, erros de prescrição e erros de dispensa.

1.3.1 Erros na receita

Dos erros na receita (Tabela 1), frise-se: imprecisões na superinscrição (nome do paciente, idade e endereço); falta de lugar e data da prescrição por extenso; inexistência de assinatura, frequentemente um rabisco (o que tem implicações legais, uma vez que uma receita é um documento também desta natureza) e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina – CRM, ilegível, que somaram 66,5% dos erros na receita. Saliente-se também que grande parte das receitas só pôde ser interpretada por profissional com experiência na análise de receitas, sendo que 15,4% das receitas eram totalmente ilegíveis. Outras seis

receitas utilizaram um recurso de carimbo, que geralmente continha a designação dos fármacos, suas concentrações e a adscrição (orientação de administração).

Tabela 1. Número absoluto (n) e proporção (%) de erros em receitas atendidas na Farmácia Central, na UBS Parque Vitória e na UPA da SMS-FR, de origem em serviços públicos e privados, em 4, 6 e 15 de setembro de 2017.

Tipos de erros de receitas	n	%
Cabeçalho	93	36,6
Superinscrição	248	97,6
Inscrição	65	25,6
Subinscrição	137	53,9
Adscrição	46	18,1
Data	247	97,2
Assinatura e número de inscrição	240	94,5
Ilegível	39	15,4
Receita padrão (por carimbo)	6	2,4
Total	1121	*

Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

*Obs: Algumas receitas tinham mais de um tipo de erro.

1.3.2 Erros de prescrição

Os principais erros de prescrição possíveis de identificar sem cotejo prévio de dados clínicos, que devem constar nos prontuários de atendimento, foram: erro de execução (20,1%); erro de forma farmacêutica (11,8%); e outros tipos de erro (63,8%). Os erros agrupados neste último item contêm expressões inadmissivas, tais como, *se dor, se febre, se necessário*, pois representam uma espécie de tratamento sob condição, transferido para avaliação do paciente ou do seu responsável, que podem ser sintomas ou sinais de agravamento de decurso da afecção, que impõem nova avaliação médica. Também se verificou o uso de abreviaturas na inscrição (nomes de fármacos), na subinscrição (cp por comprimido, IM por intramuscular, etc.), entre outros, jargões só compreendidos por profissionais de saúde. Esses tipos de erros que ocorreram com elevada frequência, não estão previstos em nenhum item da classificação adotada³⁸.

Considerou-se erro de execução, na Tabela 2, não exatamente como definido por Lavan et al. (2016)³⁹, isto é, “adição de um fármaco não previamente usado”, e sim possíveis incoerências entre fármacos de uma mesma receita (embora não se tenha tido acesso a dados clínicos), seja por provável desacerto na prescrição de doses excessivas de fármacos

considerando sua dose diária definida (DDD) no tratamento de afecções crônicas, para quais existem protocolos definidos, ou uso simultâneo de classes farmacêuticas diferentes para uma mesma finalidade terapêutica.

Tabela 2. Número absoluto (n) e proporção (%) de erros de prescrição em receitas atendidas na Farmácia Central, na UBS Parque Vitória e na UPA da SMS-FR, de origem em serviços públicos e privados, em 4, 6 e 15 de setembro de 2017.

Tipos de erros de prescrição	n	%
Erro de omissão	0	0,0
Erro de execução	51	20,1
Erro de dose	13	5,1
Erro de frequência	23	9,1
Erro de forma farmacêutica	30	11,8
Erro de substituição	0	0,0
Erro de duplicação	0	0,0
Outros tipos de erro (prescrição sob condição: se dor, se febre...)	162	63,8
Total	279	*

Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

*Obs: Algumas receitas tinham mais de um tipo de erro.

1.3.3 Erros de dispensa

Nos erros de dispensa (Tabela 3), a rigor, erro no atendimento de uma prescrição, uma vez que o termo dispensa tem conteúdo técnico bem definido, sobressaiu o item erro de rotulação (90,6%), seguido de erros de documentos (28,0%). Considerou-se como erro de rotulação a entrega do produto farmacêutico sem qualquer tipo de orientação escrita e verbal; o erro de documentos refere-se à falta de controle na entrega de produtos, à exceção de produtos designados de controlados (psicotrópicos, mas também a outros que requerem controle, por exemplo, antibióticos, para as quais não havia nenhum tipo de registro).

Tabela 3. Número absoluto (n) e proporção (%) de erros de atendimento de receitas na Farmácia Central, na UBS Parque Vitória e na UPA da SMS- FR, de origem em serviços públicos e privados, em 4, 6 e 15 de setembro de 2017.

Tipos de erros de dispensa	n	%
Erros de conteúdo	51	20,1
Erros de rotulação	230	90,6
Erros de documentos	71	28,0
Total	352	*

Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

*Obs: Algumas receitas tinham mais de um tipo de erro.

1.4 Resultados relativos a receitas prescritas nos CAPS i, CAPS AD e CAPS II

De acordo com a RENAME 2017, dos 45 tipos de medicamentos prescritos (Tabela 4), 17 (65%) eram do Componente Básico e 9 (35%) do Componente Especializado. Entre os medicamentos do Componente Básico (Tabela 5), 59 prescrições correspondiam a ácido valpróico (21,5%), 39 a prometazina (14,2%), 36 a haloperidol (13,1%) e 31 a carbamazepina (11,3%).

Vale ressaltar que 20 dos medicamentos prescritos (44,5%) não faziam parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Franco da Rocha, e 19 dos medicamentos prescritos (42,2%) não faziam parte da RENAME 2017, e que alguns deles não eram psicofármacos (vitaminas e sais minerais, por exemplo).

Tabela 4. Número absoluto (n) e proporção (%) de medicamentos prescritos nos CAPS i, CAPS AD e CAPS II da SMS-FR, em 16 e 17 de outubro de 2017.

Medicamentos	n	%	Medicamentos	n	%
Risperidona	57	11,2	Metilfenidato	3	0,6
Ácido valpróico	59	11,6	Omeprazol	3	0,6
Prometazina	39	7,7	Lamotrigina	2	0,4
Haloperidol	36	7,1	Nitrazepam	2	0,4
Sertralina	33	6,5	Vitaminas do complexo B	2	0,4
Carbamazepina	31	6,1	Imipramina	1	0,2
Clorpromazina	22	4,3	Lorazepam	1	0,2
Carbonato de lítio	21	4,1	Donepezila	1	0,2
Haldol decanoato	21	4,1	Ranitidina	1	0,2

Medicamentos	n	%	Medicamentos	n	%
Biperideno	20	3,9	Dissulfiram	1	0,2
Olanzapina	20	3,9	Ziprasidona	1	0,2
Fluoxetina	17	3,3	Vitaminas e Sais Minerais	1	0,2
Levomepromazina	14	2,8	Tiamina	1	0,2
Clomipramina	14	2,8	Clonidina	1	0,2
Amitriptilina	13	2,6	Clobazam	1	0,2
Quetiapina	12	2,4	Oxcarbazepina	1	0,2
Periciazina	11	2,2	Ácido Fólico	1	0,2
Topiramato	10	2,0	Propranolol	1	0,2
Clonazepam	10	2,0	Venlafaxina	1	0,2
Fenobarbital	8	1,6	Duloxetina	1	0,2
Fenitoína	7	1,4	Nortriptilina	1	0,2
Clozapina	6	1,2			
Total				509	100

Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

OBS: Trinta fármacos prescritos (5,9%) estavam sob nome comercial e foram juntados àqueles com a respectiva DCB.

Tabela 5. Número absoluto (n) e proporção (%) de medicamentos do Componente Básico prescritos nos CAPS i, CAPS AD e CAPS II da SMS-FR, em 16 e 17 de outubro de 2017.

Componente Básico	n	%		n	%
Ácido Valpróico	59	21,5	Fenobarbital	8	2,9
Prometazina	39	14,2	Fenitoína	7	2,5
Haloperidol	36	13,1	Clonazepam	3	1,1
Carbamazepina	31	11,3	Ranitidina	1	0,4
Clorpromazina	22	8,0	Omeprazol		0,4
Carbonato de Lítio	21	7,6	Tiamina	1	0,4
Fluoxetina	17	6,2	Ácido Fólico	1	0,4
Clomipramina	14	5,1	Nortriptilina	1	0,4
Amitriptilina	13	4,7			
Total				275	100,0

Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

Dos medicamentos que pertencem à lista do Componente Especializado (Tabela 6), destacam-se as prescrições de: risperidona (51,8%), olanzapina (18,2%), quetiapina (10,9%) e topiramato (9,1%). Nota-se que as prescrições são principalmente de neurolépticos (bloqueadores da transmissão de dopamina no cérebro).

Tabela 6. Número absoluto (n) e proporção (%) de medicamentos do Componente Especializado prescritos nos CAPS i, CAPS AD e CAPS II da SMS-FR, em 16 e 17 de outubro de 2017.

Componente Especializado	N	%
Risperidona	57	51,8
Olanzapina	20	18,2
Quetiapina	12	10,9
Topiramato	10	9,1
Clozapina	6	5,5
Lamotrigina	2	1,8
Donepezila	1	0,9
Ziprasidona	1	0,9
Clobazam	1	0,9
Total	110	100,0

Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

Diante do exposto, e considerando prescrições que não continham psicofármacos, geradas em outros serviços da municipalidade ou externos, mas que foram feitas para um mesmo paciente, que então iria obter medicamentos do Componente Básico nas UBS ou na Farmácia Central, torna-se indispensável o acompanhamento farmacoterapêutico completo do paciente. Isso significa ponderar as prescrições assim feitas, de psicofármacos e de medicamentos de outra natureza, e avaliar a terapêutica farmacológica total, junto da não farmacológica, permitindo não somente o tratamento ótimo, assim como a identificação de interações farmacológicas, de reações adversas, e a prevenção de possíveis dependências de psicofármacos ou o uso desnecessário de medicamentos em geral.

1.5 Recomendações

Diante da análise, mesmo sem dispor de dados clínicos do paciente, o que seria indispensável para se afirmar se a receita tem coerência, é possível fazer recomendações para a melhoria da qualidade das prescrições.

Desse modo, apresentam-se as seguintes sugestões:

1. Capacitação profissional: Os médicos em geral devem ser orientados, segundo um programa de educação continuada, a respeito de diretrizes estabelecidas pelo Ministério da

Saúde, por meio dos Cadernos de Atenção Básica^m, assim como as recomendações da CONITECⁿ com relação à incorporação dos medicamentos no SUS.

2. Receita ilegível: Constatou-se que médicos ligados à prefeitura, e também externos, fizeram prescrições com escrita totalmente ilegível em aproximadamente 3,5% delas. Além disso, vale a pena ressaltar que a leitura da maioria das receitas analisadas demandou um conhecimento técnico e experiência para decifrá-las. Presume-se, portanto, que devem estar ocorrendo alterações involuntárias de medicamentos prescritos, que não podem ser identificadas a não ser pelo cotejo de uma cartela recebida ou anotação do prontuário (naturalmente se estiver legível) com a prescrição em poder do paciente. Parece que não tem solução o problema de escrita de próprio punho pelo prescritor, e assim recomenda-se que progressivamente as prescrições sejam geradas por computador, o que já ocorre no CAPS II.

Uma prescrição feita de forma ilegível, ou com legibilidade difícil, é grave infração ética porque atinge o direito do paciente e seu responsável de estar bem informado para que ela possa ser cumprida. Observou-se também que, com frequência, as prescrições não tinham claramente as orientações de como os produtos farmacêuticos deveriam ser utilizados, o que pode gerar sérios problemas para o paciente, além de sobrecarga de atendimento para que se tenha ideia completa como a prescrição deve ser executada.

3. Renovação da prescrição: Outro aspecto importante é a renovação da prescrição contida em receita válida por seis meses, sob a rubrica de “uso contínuo”. Observou-se que alguns medicamentos cuja receita tinha essa anotação, não se enquadram como de uso contínuo, por exemplo, analgésicos ou inibidores da bomba de prótons. Deve-se dar orientação clara para os prescritores.

4. Psicofármacos: O uso de psicofármacos de modo geral deve ser objeto de uma instrução dirigida, segundo categorias farmacológicas (benzodiazepínicos, “antidepressivos”, anticonvulsivantes, neurolépticos, “estabilizadores de humor” etc.), em razão da possibilidade de dependência química e de interações farmacológicas. Além do mais, em várias situações, há necessidade de serem somente empregados quando estiver instituído um tratamento não farmacológico bem orientado.

^m <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>

ⁿ <http://conitec.gov.br/decisoes-sobre-incorporacoes>

5. Doses de medicamentos: Verificou-se que há receitas em que doses iniciais ou de manutenção de um fármaco ultrapassam doses consideradas médias (doses diárias definidas), e isto requer uma avaliação por equipe que tenha pelo menos um médico e um farmacêutico, em razão de necessidade de correção ou mudança do princípio ativo, ou até mesmo a mudança de diagnóstico.

6. Fichas da UPA: Não se observou prontuários de Unidades Básicas de Saúde, mas as fichas de atendimento da UPA, com muita frequência, foram consideradas insatisfatórias, ocorrendo falta de discriminação entre sintomas e dados clínicos (e nestes, ausência de informações básicas como profissão, idade de crianças pequenas, peso, altura, etc.), inexistência de diagnóstico, abuso de abreviaturas, entre outros problemas. Assim como as prescrições de unidades básicas, as da UPA tinham elevado grau de falta de legibilidade; ademais, notou-se emprego de receitas sob carimbo, prática inaceitável, uma vez que toda receita, sempre que possível, deve ter caráter individual.

7. Erros de prescrição farmacológica: Observaram-se vários tipos de prescrição, por exemplo, de corticosteroides para uso breve, ou mesmo de “uso contínuo”, ou então por combinação com anti-histamínicos, que sugerem ser erros de prescrição farmacológica.

8. REMUME: Talvez seja necessário substituir alguns medicamentos que estão na REMUME de Franco da Rocha, adequando-os à lista modelo de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde⁴¹ de outubro de 2017.

9. Aconselhamento farmacoterapêutico: Recomenda-se a instituição de aconselhamento farmacoterapêutico para pessoas com doenças crônicas graves ou com esta possibilidade, o que requer trabalho específico de um farmacêutico onde for necessário, mas que não deve estar relacionado com atividades de dispensa de produtos farmacêuticos em geral.

10. Doenças comuns: Especificamente com relação à educação continuada quanto ao tratamento de doenças mais comuns, por exemplo, hipertensão arterial, diabetes, osteoartrites, obesidade, afecções geniturinárias e afecções das vias respiratórias, além de médicos prescritores deve-se incorporar enfermeiros e farmacêuticos, de modo que se constitua um atendimento de equipe centrado no paciente, e não apenas no tratamento farmacológico indicado.

2 PROCESSO DE DISPENSA DE MEDICAMENTOS

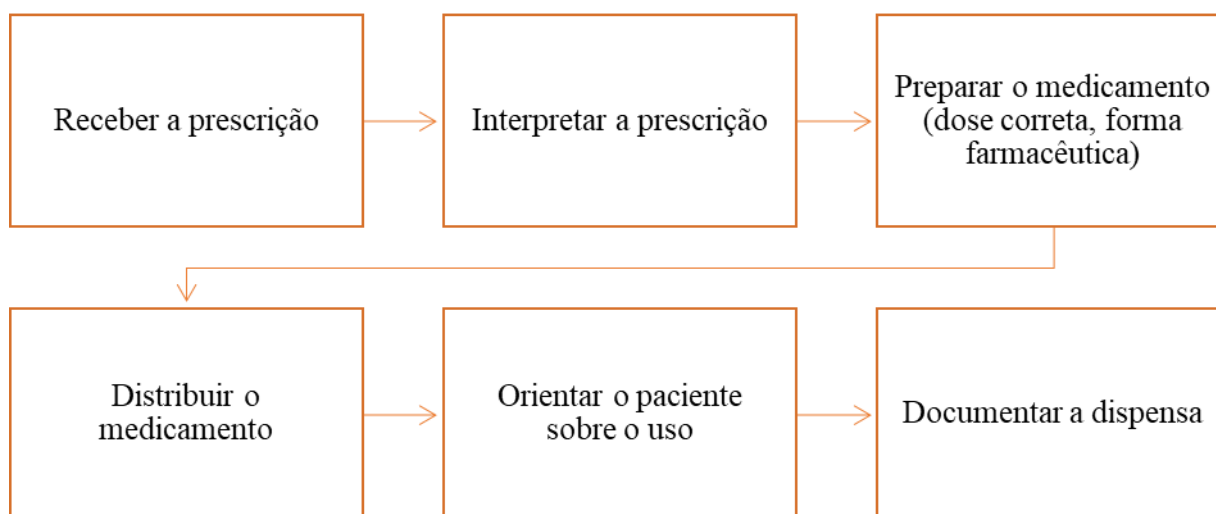
2.1 Fundamentos

2.1.1 O processo de dispensa farmacêutica

A dispensa de medicamentos configura-se como a entrega de um produto farmacológico por um profissional apto para orientar, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapia farmacológica. Além de ser um dos últimos momentos de interação entre um profissional e o paciente que integra sua linha de cuidado^{9,42,43}.

O processo da dispensa baseia-se em assegurar a integridade da prescrição considerando os aspectos biopsicossociais do paciente e a qualidade do produto a ser dispensado, assim como aconselhamento sobre o tratamento proposto e sempre documentar o que foi proposto⁴². Ainda, o processo de dispensa, em acréscimo ao de prescrição, compreende as seguintes etapas da Figura 4.

Figura 4. Etapas do processo de dispensa de medicamentos.



Adaptado de WHO/Inrud/BU, 2000⁴¹.

Diante da exposição da complexidade da dispensa que é evidente como ressalta Zuluaga (2013)⁴³ [...] “a Dispensação está sendo cada vez mais considerada como uma das modalidades que no âmbito dos sistemas de saúde representa um papel relevante nos resultados finais da saúde do paciente”, é indispensável se operar com profissionais competentes para garantir o princípio da integridade do cuidado dos pacientes no sistema de saúde.

A dispensa dos produtos farmacêuticos em unidades municipais de saúde deve cumprir os aspectos legais contidos na Lei nº 5.991/1973¹⁶, conforme consta no art. 35 (receita com letra legível, nome completo e endereço do paciente, por exemplo), além de respeitar a orientação de validade das receitas do município (Quadro 4).

Quadro 4. Validade das receitas.

Validade das receitas	
10 dias	Medicamentos para uso em afecções agudas (anti-inflamatório, antitérmico, antibiótico, etc.)
30 dias	Medicamentos sob controle especial (por exemplo, psicotrópicos)
180 dias	Medicamentos para tratamento de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, bronquite, etc.)

Adaptado de SMS-FR.

2.1.2 Erros de dispensa farmacêutica

Segundo Anacleto et al. (2010)³⁸, os erros de dispensa acontecem por falta de organização do setor farmacêutico, ou seja, existem fragilidades no processo de trabalho que acarretam rupturas quanto à segurança do tratamento prescrito, o que pode causar até danos graves aos pacientes. Os tipos de erro de dispensa são apresentados a seguir (Quadro 5).

Quadro 5. Tipos de erros de dispensa farmacêutica.

Erros de Dispensa	
Erros de conteúdo	Medicamentos dispensados têm diferenças em relação aos prescritos, seja por semelhança de nome ou pronúncia deles, ou por erros de concentração, forma farmacêutica, dose excessiva, omissão de dose e desvio de qualidade.
Erros de rotulação	Rótulos de medicamentos dispensados podem gerar dúvidas no momento da dispensa e/ou administração.
Erros de documentos	Estão relacionados a registros imprecisos de um processo de dispensa (por exemplo, na dispensa de produtos controlados, ou falhas na prescrição).

Adaptado de Anacleto et al. (2010)³⁸.

2.2 Métodos

Em Franco da Rocha foi observada a dispensa de medicamentos nos dias 4, 6 e 15 de setembro de 2017, na Farmácia Central, na UBS Doutor Leopoldino José dos Passos (Parque Vitória) e na Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), conforme acordado na reunião da Câmara Técnica de 24 de agosto de 2017.

2.3 Resultados

Nas visitas verificou-se que a dispensa de medicamentos era feita somente com apresentação do Cartão do Posto de Saúde Municipal, e nos casos de receitas de medicamentos controlados era necessário apresentar documento de identificação de quem foi retirar o medicamento. Além disso, era conferida a validade da receita, que deveria obedecer aos prazos do Quadro 4.

Diante da observação da dispensa farmacêutica do município foram elaborados dois fluxogramas para conhecer o processo de dispensa farmacêutica da Farmácia Central e UPA. Na UBS Doutor Leopoldino José dos Passos não se observou um fluxo definido.

Nota-se que cada equipamento de saúde tem seu próprio protocolo de dispensa, o que gera confusão nos usuários. Porém, em todos os serviços verificaram-se os mesmos erros, anteriormente apresentados na Tabela 3 e comentados.

2.3.1 Processo de dispensa de produtos farmacêuticos da Farmácia Central

A Farmácia Central é a única responsável pela dispensa de psicotrópicos e de insumos sob ações judiciais, além de ser referência direta da UBS Dr. Franco da Rocha. Nesta farmácia observou-se que o protocolo de dispensa era seguido de modos diversos, dependendo do profissional responsável no período (Figura 5). Assim, se um usuário fosse duas vezes nesta farmácia, em períodos diferentes, as informações e os documentos necessários para a dispensa eram distintos, o que provocava desentendimentos entre usuários e profissionais. Verificou-se que alguns profissionais trabalhavam em período completo na farmácia, sujeitos muitas vezes a contradições, podendo gerar frustração, receio e insegurança quanto ao modo operante a seguir. Ainda, esses profissionais, não obstante seus empenhos, mostraram que não estão aptos para tal função, ou seja, carecem de competência técnica formal e não tiveram nenhum tipo de treinamento prévio ou orientação para exercer a atividade.

Diante dessas incongruências de verificações, nos dias de coleta notou-se que de 179 receitas dispensadas que foram analisadas, 39,7% delas mostraram erros de documentos no momento da dispensa. Ademais, todas elas apresentaram erros de rotulação por não terem sido fornecidas, com o medicamento, orientações necessárias.

2.3.2 Processo de dispensa de produtos farmacêuticos da UPA

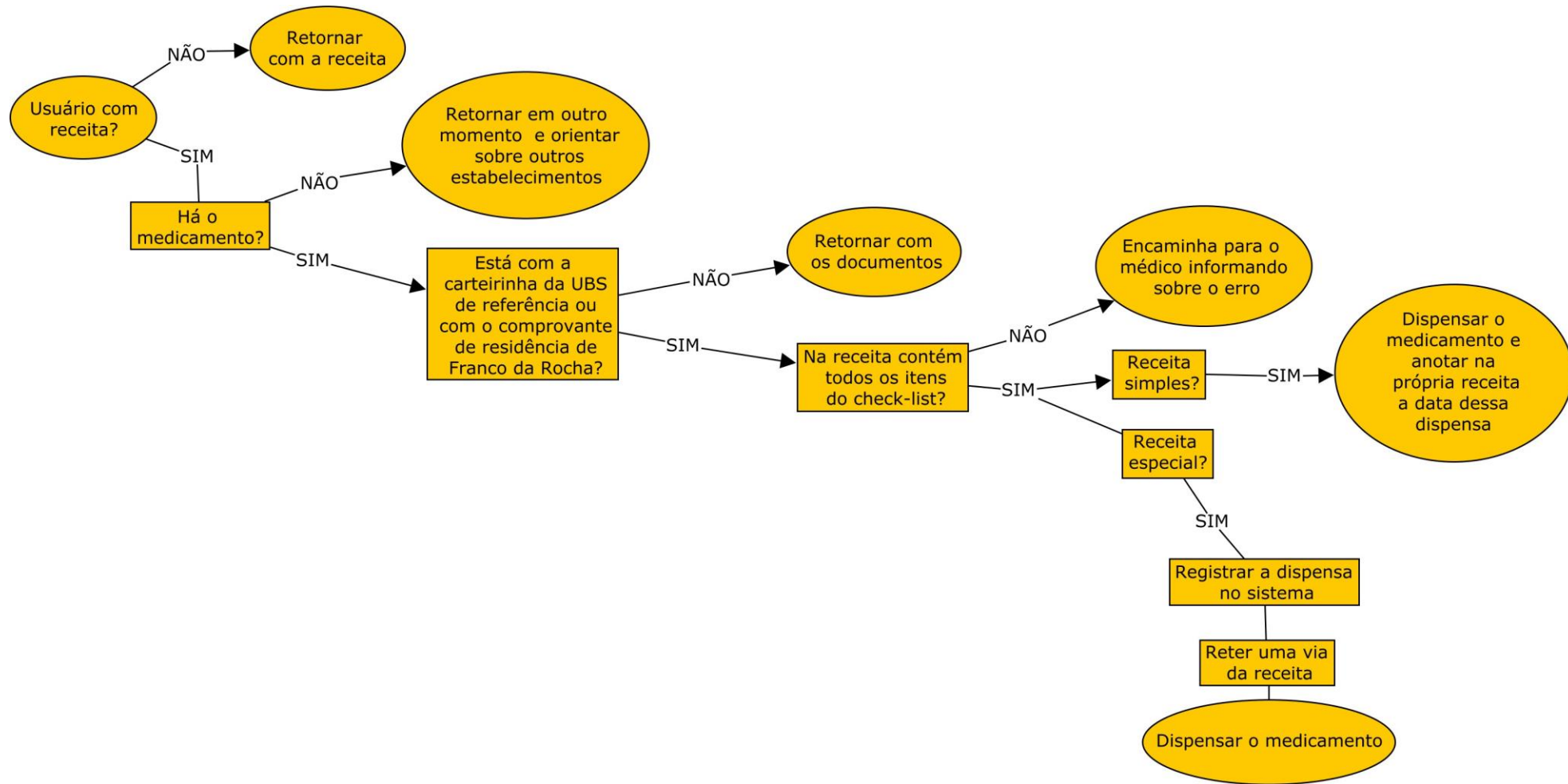
Na UPA (Figura 6) existe protocolo padrão de dispensa, estabelecido pela farmacêutica responsável e aprovado pela gerente técnica a cada ano. Por ser um serviço de urgência/emergência, a dispensa de medicamentos restringe-se à ala de observação e a de aplicação de tratamentos por injeções, e os demais insumos são retirados pelo paciente por meio de receitas a serem atendidas em uma UBS ou na Farmácia Central. A dispensa farmacêutica na UPA só ocorre por aval do setor farmacêutico, o que diminui os erros de prática profissional, porém correções nas prescrições muitas vezes são feitas verbalmente, mantendo-se assim os registros de prontuários e as próprias receitas com erros de vários tipos, já que os prescritores não as reescrevem e somente elucidam no momento o tratamento proposto para a consecução do pessoal de enfermagem.

2.4 Recomendações

Com base na análise do processo de dispensa das unidades de saúde observadas, sugere-se a elaboração de um protocolo de dispensa padrão e o controle do que é dispensado, além de treinamento da equipe de dispensa.

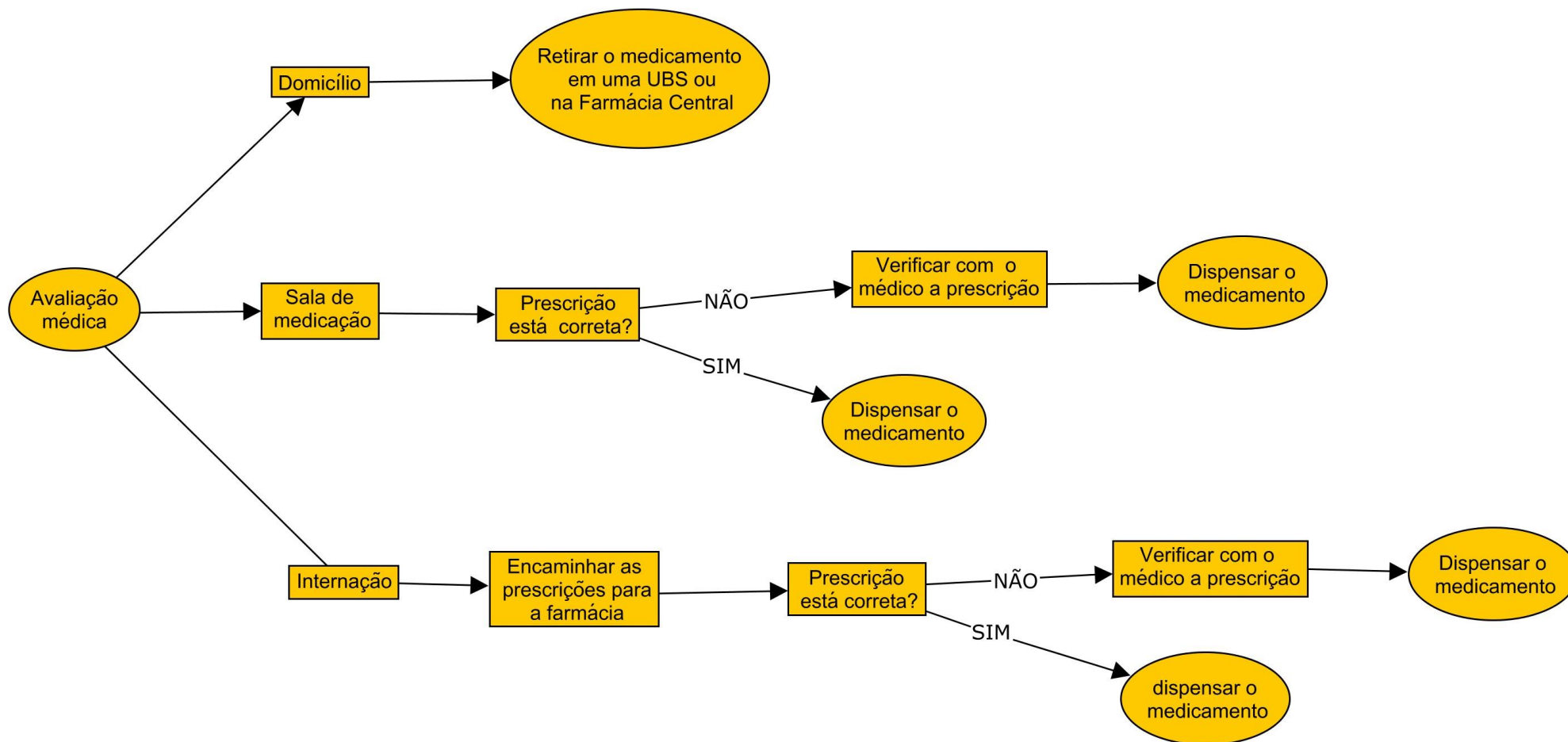
O estabelecimento do processo de dispensa deve ser feito concomitantemente à renovação da REMUME-FR, de acordo com necessidades da população.

Figura 5. Fluxograma de dispensa da Farmácia Central. Município de Franco da Rocha, 2017.



Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

Figura 6. Fluxograma de dispensa da farmacêutica da UPA. Município de Franco da Rocha, 2017.



Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

3 ADESÃO DE PACIENTES AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

3.1 Fundamentos

A adesão ao tratamento pode ser compreendida por um processo multifatorial, caracterizado por responsabilidades tanto de profissionais de saúde quanto de pacientes, ou seja, não pode ser considerada apenas a administração do tratamento, por exemplo, dose e horário do medicamento⁴³.

Para cada afecção existem diversos tipos de tratamento que devem ser escolhidos por profissional de saúde e paciente, de acordo com os aspectos biopsicossociais a fim de se optar pela melhor terapêutica.

No entanto, mesmo em países desenvolvidos, estudos mostram que a pouca adesão terapêutica é a primeira causa da redução de benefício clínico, o que acarreta complicações de saúde, psicossociais e de qualidade de vida do paciente⁷.

Para identificar a falta de adesão ao tratamento farmacológico alguns meios podem ser empregados, como contagem de comprimidos, determinação sérica do fármaco em casos especiais, reações adversas e outros, porém o mais utilizado é a indagação direta e objetiva ao paciente e a alguém de sua família ou a quem participa do cuidado.

Oliveira, Santos e Colet (2010)⁷, ao considerar a adesão de diabéticos a tratamentos, comentam com base em Veras (2003)⁴⁵, que a percepção de saúde e a procura pelos serviços de saúde aumentam com a senescência. Para Lopes e Oliveira (2004, redivulgado em Lopes et al. 2014)⁴⁶, este contexto resulta de processo de transição epidemiológica, caracterizado pela diminuição da incidência de doenças infectoparasitárias e por significativo aumento de doenças crônico-degenerativas.

O tratamento de afecções crônicas (diabetes, hipertensão arterial, osteoartrites, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras) quase sempre requer tratamento farmacológico prolongado e concomitante mudanças no modo de vida, isto é, requer transformação da percepção dos afetados e sua ativa participação no processo de cuidado.

De acordo com Oliveira, Santos e Colet (2010)⁷, há muitos motivos para falta de adesão ao tratamento, porém esquecimento e descuido com horários da administração são os mais evidentes. Ademais, é importante ressaltar que o modo como qualquer profissional do cuidado interage com o paciente influi na adesão ao tratamento.

Diante disso, o processo de trabalho a ser desenvolvido para se obter a adesão do paciente consiste em favorecer a percepção dele (ou de seu responsável) em relação à sua

doença, bem como a compreensão do tratamento adequado e dos agravos da doença em decorrência da falta de adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico.

Para se compreender as questões relacionadas à adesão terapêutica no processo de cuidados primários de saúde, isto é, da atenção básica, é indispensável conhecer alguns estudos abrangentes^{47,48,49}, que tratam de múltiplos aspectos, particularmente sociopsicológicos do resultado terapêutico, e cotejar essas reflexões com a experiência das equipes de saúde do município.

Entre as estratégias e instrumentos (Quadro 4) que podem melhorar e assim acompanhar a adesão à terapêutica farmacológica, observe-se a proposta do Ministério da Saúde (2016)⁵⁰. Ela é aplicável na atenção básica, uma vez que se fez uma síntese de provas sobre o tratamento farmacológico, que resultou efetiva em pacientes com doenças crônicas. Concluiu-se que é muito importante a instrução e a orientação para os trabalhadores envolvidos no processo, que se inicia por uma boa consulta clínica, subsequente avaliação da adesão, obtenção do envolvimento do paciente (e de sua família e agregados) no processo de cuidado, além de adaptação de recursos ofertados no sistema de saúde.

Quadro 4. Estratégias e instrumentos para adesão farmacológica.

Estratégia e técnicas para adesão ao tratamento farmacológico	
Ações	Componentes
Técnicas educativas de estímulo e cognitivas, e desenvolvimento de sistemas de lembretes	<ul style="list-style-type: none">▪ Aconselhamento em grupo;▪ Mensagem de texto de estímulo adaptado para cada paciente;▪ Lembrete por sms (short message service), ou seja, sistema de mensagens breves (smb);▪ Acompanhamento, por via telefônica, do uso de fármacos;▪ Educação em saúde (grupos educativos ou consultas com diferentes profissionais de saúde).

Continua na próxima página

Ações	Componentes
Intervenções para auxílio na utilização de medicamentos pelo paciente	<ul style="list-style-type: none">▪ Regimes simples de tratamento farmacológico;▪ Calendário posológico;▪ Porta-comprimidos;▪ Rótulos e pictogramas.
Combinação de intervenções voltadas ao paciente	<ul style="list-style-type: none">▪ A maior adesão depende da combinação de até três dos componentes citados.

Nota: Adaptação de Ministério da Saúde (2016)⁵⁰. Os autores da síntese frisam que estas estratégias e técnicas têm resultados positivos de curto prazo, mas são necessários estudos longitudinais para avaliar a efetividade das ações.

No município não existem protocolos com estratégias para a adesão. Porém, cada profissional de saúde executa ações de caráter prático, fruto de suas próprias experiências que consideram adequadas.

3.2 Métodos

Em 5 de outubro de 2017, na reunião da Câmara Técnica de Dispensação e Judicialização em Saúde em Franco da Rocha foram apresentados instrumentos que avaliam a adesão dos pacientes ao tratamento farmacológico - os questionários BMQ (*Beliefs about Medications Questionnaire*) e BMQ 2 (*Brief Medication Questionnaire*)⁵¹, ainda não validados no país.

Para verificar a utilidade destes recursos de adesão ao tratamento farmacológico, os questionários foram adaptados (Anexo 1), e se propôs sua aplicação por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da UBS Doutor Leopoldino José dos Passos – Parque Vitória, que atende o maior número de municípios.

A capacitação dos ACS foi realizada em 19 de outubro de 2017, que aplicaram o instrumento em visitas rotineiras de domicílios dos pacientes.

O BMQ avalia a percepção de usuários sobre o uso de medicamentos com base em dois domínios (necessidade e preocupação). Para tanto, o questionário está estruturado com cinco perguntas sobre necessidade e seis perguntas quanto a preocupação. As respostas têm a seguinte variedade e valoração: “sim” (escore 3), “não sei” ou “mais ou menos” (escore 2) e “não” (escore 1). Escore mais elevado indica o quanto aquele domínio é preponderante na vida do usuário com relação ao uso de medicamento para manutenção da vida⁵¹.

O BMQ 2 identifica a administração do medicamento pelo usuário. Trata-se de um questionário semiestruturado com categorias de abordagem sobre uso, incômodo e problemas na utilização de medicamentos. Este instrumento rastreia a baixa adesão em três domínios: regime, crenças e recordação. Os resultados esperados são analisados como aderente (nenhuma resposta positiva), provável adesão (resposta positiva em um domínio), provável baixa adesão (resposta positiva em dois domínios, e baixa adesão (resposta positiva em 3 domínios)⁵¹. Os cálculos realizados com base em Ben et al. (2012)⁵¹ para obter os escores são apresentados no Anexo 2.

Subsequente à análise dos dados, os resultados foram discutidos com os ACS e gestores da unidade, em 9 de novembro de 2017, para se obter a opinião desses trabalhadores e a real utilidade destes instrumentos no processo de trabalho.

3.3 Resultados

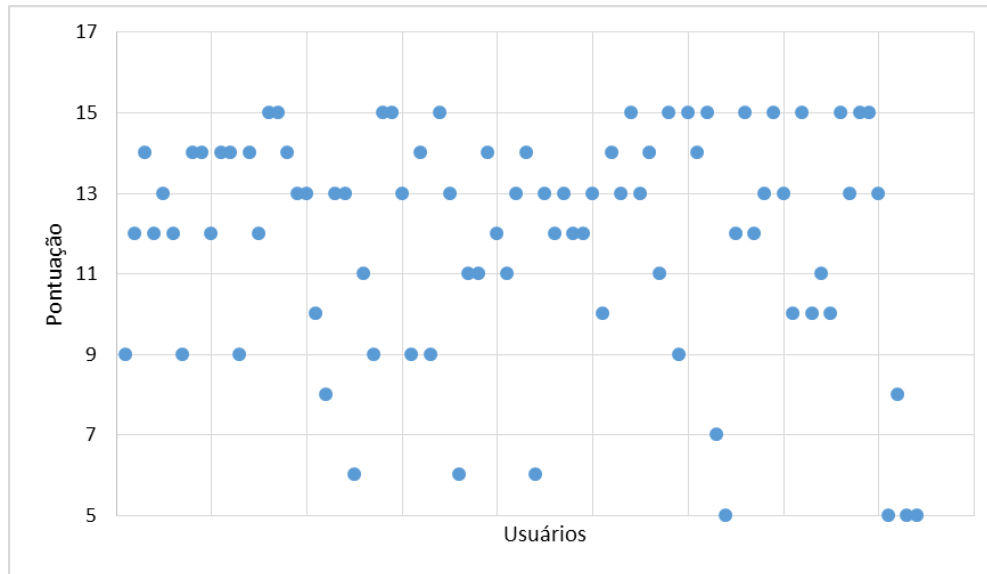
Os questionários foram aplicados em 84 pacientes, com duração média de 12 minutos. Dos entrevistados, 59 eram mulheres (70%) e 25 homens (30%); 12 (14,3%) não frequentaram a escola, 16 (19%) estudaram entre a 2ª e 4ª séries do Ensino Fundamental, 9 (10,7%) estudaram entre 5ª a 8ª séries; 33 pessoas (39,3%) concluíram o Ensino Médio; 6 pessoas (7,1%) tinham ensino Superior Completo, 2 (2,4%) não concluíram o Ensino Superior e 5 entrevistados (6,0%) não responderam acerca da escolaridade cursada. Foram identificados 25 tipos de ocupações, com predomínio de aposentados e donas de casa (20,2% cada um).

Aproximadamente 88,1% dos entrevistados informaram não precisar de ajuda para utilizar os medicamentos. De 8 pessoas que informaram necessitar de ajuda, a maioria (87,5%) recebia ajuda de algum familiar.

O primeiro instrumento aplicado, BMQ, que avalia a percepção dos pacientes sobre a necessidade e preocupação quanto ao medicamento de uso contínuo, obteve uma média geral de 23,5 pontos (variedade estabelecida pelo instrumento de 11 a 33 pontos). A questão P3 “*Estes remédios são um mistério para o(a) senhor(a)?*”, não foi compreendida pela maioria dos usuários, e assim não respondida.

No **Domínio Necessidade** (Gráfico 1) obteve-se uma média de 11,9 na soma da pontuação (variedade estabelecida pelo instrumento de 5 a 15). Ressalte-se que a questão que obteve maior pontuação por parte dos usuários (68 pessoas), foi a N5 “*O(A) Senhor(a) acredita que estes remédios o(a) protegem de ficar pior?*”.

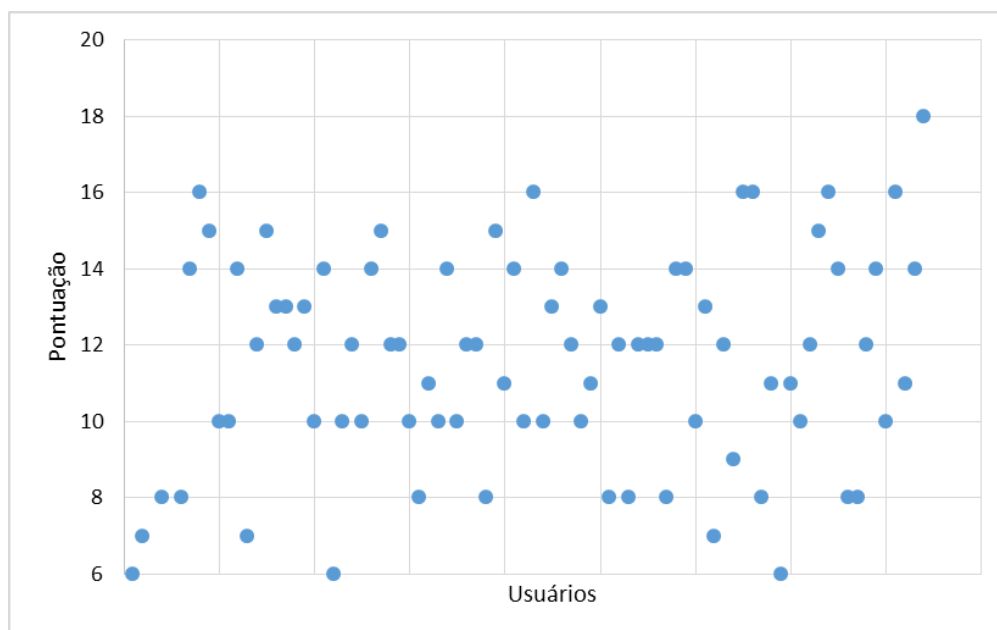
Gráfico 1. Pontuação do Domínio Necessidade do instrumento BMQ.



Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

No **Domínio Preocupação** (Gráfico 2) obteve-se uma média de 11,4 na soma da pontuação (variedade estabelecida pelo instrumento de 6 a 18 pontos). Destacou-se a questão P2 “O(a) Senhor(a) tem preocupação com os efeitos de longo prazo destes remédios?”, com 61 usuários respondendo “sim”.

Gráfico 2. Pontuação do Domínio Preocupação do instrumento BMQ.





Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

No teste BMQ2 houve 76 respostas e 47,4% dos entrevistados apresentaram possibilidade para não adesão, cerca de 35,5% mostraram ter barreiras de crenças e 96,1% barreiras de recordação. Do total dos domínios, 44,7% dos participantes apresentaram provável adesão ao tratamento farmacológico, 31,6% provável baixa adesão e 23,7% baixa adesão. Ressalte-se que 55,3% dos usuários apresentavam possibilidade para baixa adesão ao tratamento farmacológico.

3.4 Apresentação dos resultados da UBS Dr. Leopoldino José dos Passos

A apresentação dos resultados realizou-se em 9 de novembro de 2017, com participação de todos ACS e um gestor da unidade. O primeiro aspecto levantado foi sobre a percepção dos trabalhadores ao empregar o instrumento.

Os profissionais sugeriram que os instrumentos podem ser incluídos na sua rotina, porém ajustes devem ser feitos, como simplificar o questionário e manter apenas as questões abertas. Quando perguntados a respeito da utilidade dos instrumentos, referiram que somente na aplicação puderam refletir sobre algumas questões do uso de medicamentos na população e a disponibilidade dos produtos nos serviços de saúde do município. Houve sugestão de se realizar uma capacitação para eles sobre os fármacos mais utilizados, e disponibilizar uma lista de medicamentos constantes da SMS-FR ou uma orientação sobre como se pode providenciá-los para que pudessem responder as demandas da população.

O gestor da UBS destacou a potência do instrumento no processo de trabalho para analisar a qualidade da assistência prestada. Ainda salientou que esses dados mostraram de fato a realidade com a qual eles estão lidando e que ajudam a pensar em estratégias mais efetivas para o cuidado da sua população.

3.5 Reformulação do instrumento de adesão ao tratamento farmacológico

A nova versão do instrumento (Anexo 3) foi baseada nas sugestões dos ACS. O instrumento manteve os domínios do BMQ 2 de maneira simplificada e foi excluído o BMQ (percepção do usuário ao medicamento), uma vez que algumas perguntas do BMQ 2 assinalam tanto a percepção do usuário ao medicamento quanto sua administração. Assim, manteve-se o critério de análise dos resultados do instrumento BMQ 2.

O instrumento foi novamente aplicado pelos ACS no período de 16/11 a 30/11/2017 obtendo-se 18 questionários, sendo de 14 mulheres (80,0%) e de 6 homens (20,0%). A

maioria (80,0%) referiu não precisar de ajuda para utilizar os medicamentos. Dos 20,0% que informaram necessitar de ajuda, todos receberam ajuda de algum familiar.

Observou-se que 66,0% dos entrevistados apresentaram possibilidade para não adesão, cerca 30,0% mostraram ter barreiras de crenças e 85,0% barreiras de recordação. Do total dos domínios, 15,0% dos participantes apresentaram provável adesão ao tratamento farmacológico, 15,0% provável baixa adesão e 70,0% baixa adesão. Ressalte-se que em ambos os domínios, 85,0% dos usuários apresentaram provável baixa adesão ao tratamento farmacológico.

Fez-se nova discussão dos resultados com os profissionais da UBS em 5 de dezembro de 2017. Os ACS ressaltaram que essa versão foi de aplicação mais fácil e menor duração e que poderia ser incorporada na sua rotina de trabalho desde que fossem desenvolvidas estratégias a partir dos dados obtidos.

3.6 Recomendações

Com base nos dados levantados sobre adesão ao tratamento farmacológico e das reuniões com os profissionais (ACS e gestores) da Unidade Básica, apresentam-se as seguintes recomendações:

- Elaborar modelos de estratégias para adesão farmacológica no município, para nortear os serviços de saúde;
- Desenvolver espaços de troca de saberes entre os profissionais de saúde do município sobre os tratamentos e as estratégias de adesão aplicados em seu território;
- Realizar reuniões periódicas com todos os profissionais que fazem parte daquele serviço de saúde para informar e discutir a situação de saúde da sua população;
- Expandir o questionário para todas as UBS do município.

4 AÇÕES JUDICIAIS EM FRANCO DA ROCHA

4.1 Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS)

Para permitir a comparação de resultados da denominada judicialização em saúde, no âmbito do Estado de São Paulo, foi criado o Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS). Este índice é a razão do número de ações judiciais por 10.000 habitantes²³.

Observa-se na Tabela 8 os IPJS de Franco da Rocha e dos municípios vizinhos, do município de São Paulo e do Estado de São Paulo. Conforme dados da Fundação Seade² (2017), Franco da Rocha tem população estimada de 146.129 habitantes, assim seu índice é de 0,74. Note-se que o IPJS de Franco da Rocha é mais elevado que o de todos os municípios da região, assim como superior ao do estado de São Paulo.

Embora não se saiba os característicos de cada medicamento solicitado por via judicial, assinala-se que não se verificou nenhum tipo de análise com algum conteúdo técnico quanto às solicitações advindas de ordem judicial, por exemplo, por meio de cotejo de decisões provenientes da CONITEC⁵².

Tabela 7. Índice Paulista de Judicialização da Saúde (IPJS).

Município	População	Nº de Ações	IPJS
Caieiras	98.223	3	0,31
Cajamar	73.291	5	0,68
Francisco Morato	171.602	7	0,41
Franco da Rocha	149.502	11	0,74
Mairiporã	95.601	2	0,21
São Paulo	12.106.920	1.089	0,9
Estado de São Paulo	44.749.699	17.707	3,96

Fonte: Gabinete do Secretário/CODES – SES/SP (2017).

4.2 Métodos

Segundo identificação de medicamentos requeridos por via de ações judiciais, foi feita uma análise se esses medicamentos teriam indicação estabelecida para serem prescritos e se constavam na RENAME e REMUME-FR.

4.3 Resultados

Foram atendidos, em 2017, 63 pacientes em consequência de solicitações por via judicial, das quais 33 (52,4%) eram de medicamentos; além disso, atendeu-se 55 munícipes por procedimento administrativo, dos quais para 6 foram fornecidos medicamentos.

Dos 33 pacientes que receberam medicamentos decorrentes de ações judiciais, 20 (60,6%) pacientes apresentaram prescrições de acordo com a legislação, sob nome genérico, 7 (21,2%) pacientes tinham prescrição sob nome comercial/referência ou similar e no caso de 4 (12,1%) pacientes as receitas eram mistas (nome comercial e genérico).

Dos 60 medicamentos requeridos em ações judiciais, 24 (40,0%) constavam na RENAME 2017 e 21 (35,0%) na REMUME-FR (Tabela 8).

Salienta-se que não se pôde comentar de modo completo a natureza das prescrições, pois não se obteve do setor correspondente da SMS-FR dados indispensáveis que devem constar das receitas (por exemplo, concentração e forma farmacêutica dos fármacos) e dados clínicos que devem constar em algum registro na SMS-FR.

Quadro 6. Medicamentos requeridos por ordem judicial em Franco da Rocha

Lista de Medicamentos por via de Ações Judiciais	RENAME	REMUME
Antiepiléticos		
Ácido valpróico	X	X
Carbamazepina	X	X
Fenobarbital	X	X
Lamotrigina	X	
Levetiracetam (Keppra)		
Oxcarbazepina		
Antidepressivo		
Clomipramina (Anafranil)	X	X
Imipramina		X
Ansiolíticos/Benzodiazepínicos		
Clonazepam	X	X
Nitrazepam		X
Antipsicótico		
Risperidona	X	
Antiparkinsonianos		
Levodopa + carbidopa	X	X

Lista de Medicamentos por via de Ações Judiciais (continuação)	RENAME	REMUME
Laxante		
Fosfato de sódio dibásico, Fosfato de sódio monobásico (Fleet Enema)		X
Antiulcerogênicos		
Hidróxido de magnésio (Leite de Magnésia)		
Omeprazol	X	X
Ranitidina	X	X
Antidiabéticos		
Gliclazida	X	
Glimepirida		
Insulina asparte (Novorapid)		
Insulina detemir		
Insulina glargina (Lantus)		
Insulina lispro (Humalog)		
Metformina	X	X
Sitagliptina (Janúvia)		
Vildagliptina (Galvus)		
Neurotrófico		
Ácido tióctico (Thioctacid)		
Antiinflamatório		
Acetato de hidrocortisona	X	
Ácido acetilsalicílico	X	
Ibuprofeno	X	
Polivitamínico e Sais Minerais		
Ácido ascórbico (Vitamina C)		
Cálcio, cianocobalamina, colecalciferol, fósforo e zinco (Kalyamon)		
Carbonato de cálcio	X	X
Complexo B		X
Hidróxido de ferro		
Micronutrientes (Apetivon)		
Micronutrientes (Polivitamínico)	X	X
Anticoagulante		
Rivoraxabana (Xarelto)		
Antihipertensivos		
Carvedilol	X	X
Enalapril	X	X
Hormônio Tireoidiano		
Levotiroxina (Puran T4)	X	
Antiasmático		
Montelucaste de sódio		
Antilipêmico		
Sinvastatina	X	X
Diurético		
Espironolactona	X	X

Lista de Medicamentos por via de Ações Judiciais (continuação)	RENAME	REMUME
Analgésico Opióide		
Tramadol		X
Antiartrosico		
Condroitina+glucosamina (Condroflex)		
Lubrificante ocular		
Carbômer e sorbitol (Liposic)		
Glicerina; carmelose sódica; eritritol; levocarnitina; ácido bórico; borato de sódio decaidratado; citrato de sódio diidratado; cloreto de potássio; cloreto de cálcio diidratado; cloreto de magnésio hexaidratado e água purificada (Optive UD)		
Hialuronato de sódio (Hylo-gel)		
Antivaricoso		
Diosmina+hesperidina		X
Controlador de Hormônio Paratireoidiano		
Cinacalcete	X	

Elaboração dos autores com base em fontes primárias.

Alguns desses medicamentos foram avaliados pela CONITEC e as decisões quanto ao processo de incorporação são apresentadas a seguir.

- Rivoraxabana^o - Decisão: **Não incorporar** os medicamentos apixabana, rivaroxabana e dabigatran para prevenção de acidente vascular cerebral em pacientes com fibrilação atrial crônica não valvar, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS, dada pela Portaria SCTIE-MS nº 11, de 4 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União nº 26 de 10 de fevereiro de 2016, pág. 48.
- Levetiracetam^P - Decisão: **Não incorporar** o levetiracetam em monoterapia para epilepsia focal em pacientes com falha no tratamento com carbamazepina, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. A decisão foi dada pela Portaria SCTIE-MS nº 9 publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 38, de 22 de fevereiro de 2017, pág. 50. Decisão: Os membros da CONITEC presentes na 56ª reunião ordinária do plenário do dia 07/06/2017 deliberaram, por unanimidade, por **recomendar a incorporação** do levetiracetam para pacientes com epilepsia mioclônica juvenil (EMJ) resistentes à monoterapia, associando-o ao medicamento já utilizado, condicionado à negociação de preço e conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Foi assinado o Registro de Deliberação nº 264/2017.

^o http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Anticoagulantes_final.pdf

^P http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_Levetiracetam_EpilepsiaFocal_final.pdf

- Insulinas análogas de ação rápida – Asparte (NovoRapid®), Lispro (Humalog®) e Glulisina (Apidra®)^q - Decisão: **Incorporar** insulina análoga de ação rápida para o tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 1, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. A decisão foi dada pela Portaria SCTIE-MS nº 10 publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 38, de 22 de fevereiro de 2017, pág. 50. Decisão^r: A CONITEC, em sua 20ª reunião ordinária, recomendou inicialmente pela **não incorporação** no SUS das insulinas análogas de longa ação (glargina e detemir) para o tratamento do diabetes mellitus tipo II. A consulta pública sobre este tema recebeu 137 contribuições, contando com a participação de pacientes/usuários, profissionais de saúde, familiares/amigos de pacientes, empresas produtoras das tecnologias avaliadas, secretarias municipais e estaduais de saúde, instituições de saúde/hospitais, sociedades médicas, associações de pacientes, Instituições de ensino e Ministério da Saúde. Todas as contribuições foram discutidas pela Plenária da CONITEC, no entanto, não foram apresentados estudos científicos adicionais que comprovassem a superioridade das insulinas análogas de longa ação em desfechos de eficácia, em especial o controle glicêmico, para esta população. Os membros da CONITEC, por unanimidade, deliberaram como recomendação final a não incorporação das insulinas análogas de longa ação (detemir e glargina) para o tratamento do Diabetes Mellitus tipo II.

4.4 Recomendações

Com base no contexto de demandas judiciais de Franco da Rocha relacionadas a medicamentos acima apresentado, embora sem a explanação necessária das afecções para as quais foram prescritos e o conhecimento completo de dados do paciente, torna-se evidente a necessidade da formação de uma comissão técnica para avaliar todos os casos de ações judiciais, a fim de apresentar pareceres fundamentados a respeito das determinações judiciais e sobre opções de tratamento mais efetivas para os pacientes, disponíveis ou não no SUS.

Este processo pode ser efetivo, contornando decisões judiciais, caso haja um entendimento técnico-científico entre a SMS-FR e os órgãos envolvidos nas ações judiciais (Defensoria Pública, Ministério Público e a Vara Cível da Comarca).

^q http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_Insulinas_DiabetesTipo1_final.pdf

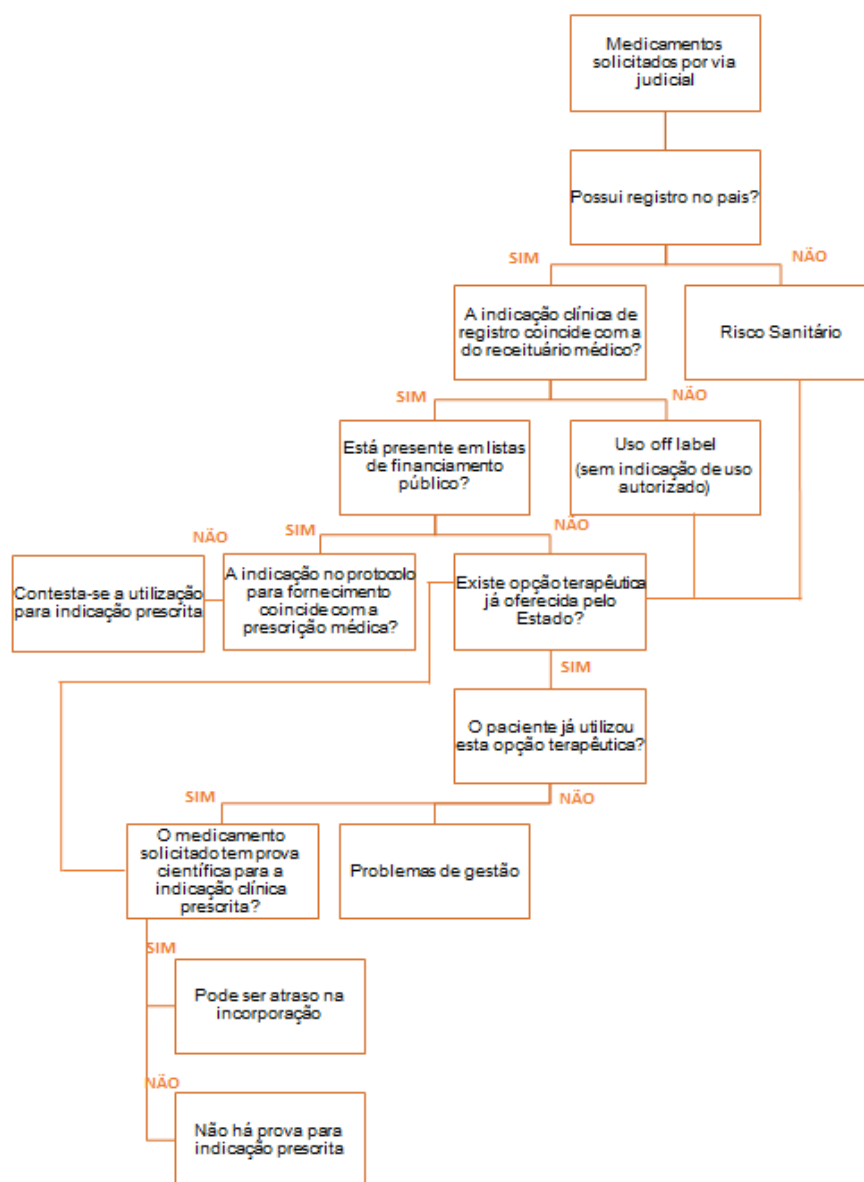
^r <http://conitec.gov.br/images/Insulinastipo2-103-FINAL.pdf>

A experiência em todo o país, onde se faz avaliação de tecnologias, aponta que nem sempre as prescrições médicas que tiveram determinação judicial de cumprimento são as melhores para os pacientes.

É importante também orientar os médicos ligados à Prefeitura quais são as terapêuticas farmacológicas disponíveis no SUS fundamentadas na efetividade e segurança delas.

Além disso, recomenda-se que a Diretoria de Saúde da SMS-FR estabeleça um fluxo conforme Pepe et al. (2010)¹¹ apresentam como estratégia para administrar a demanda vinda de ações judiciais (Figura 7).

Figura 7. Fluxograma das ações judiciais em saúde.



Adaptado de Pepe et al (2010)¹¹.

5 CONCLUSÃO

A assistência farmacêutica é um setor complexo que envolve vários processos, áreas de atuação e profissionais (especialmente médicos, farmacêuticos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares técnicos destas profissões, além de profissionais do campo social, como assistentes sociais, sociólogos, antropólogos, entre outros) para que seja cumprido seu propósito. Ressalte-se que esse processo pode ser satisfatório, deve ser iniciado com uma prescrição prudente de medicamentos pelos prescritores e acompanhamento de dispensadores.

O estabelecimento da REMUME-FR deve pautar-se preferentemente segundo a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (2017) e de acordo com a situação de saúde da população.

A dispensa de insumos farmacêuticos tem a responsabilidade de acompanhar a qualidade da prescrição, orientar o fornecimento de medicamentos aos pacientes e, para isso, é necessário, do mesmo modo que os prescritores, que se tenha um aperfeiçoamento técnico contínuo.

A adesão do tratamento farmacológico das afecções crônicas tem que ser obtida por meio de um acompanhamento constante do paciente e, se necessário, devem ser feitas mudanças nas estratégias do tratamento inicialmente proposto.

Um processo de trabalho coeso pode contribuir na gestão dessa área da saúde, tanto na utilização da REMUME-FR a ser renovada, como se pode diminuir a quantidade de ações judiciais no município, especialmente com entendimentos prévios entre os órgãos envolvidos, com toda certeza trazendo benefícios para a população atendida.



6 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=351640&idtema=130>
2. Fundação SEADE. Perfil dos municípios paulistas; 2017. Disponível em: <http://www.perfil.seade.gov.br/#>
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franco-da-rocha/panorama>
4. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Índice de Vulnerabilidade Social. 2017. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>
5. Lopes, P. R. Pobreza e política social no Brasil: análise da atual conjuntura. *Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social*, 1(1); 2017. Disponível em: <http://www.publicacoes.ufes.br/EINPS/article/view/16423/11290>
6. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Tipos de Estabelecimentos do município de Franco da Rocha; 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabsp.def>
7. Oliveira KR, Santos F, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 31, n. 3, p. 223-227, 2010. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/1572/992
8. International Society of Drug Bulletins. Declaração da ISDB sobre o Progresso Terapêutico com Fármacos. Tradução de José Ruben de Alcântara Bonfim. Em: Boletim Sobrevive 38/39. Edições 2001-2004. Junho 2004. p. 16.



9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro7.pdf
10. Vieira FS. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(2):91-100. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n2/a03v24n2>
11. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5): 2405-2414, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a15.pdf>
12. Medeiros, AL. Assistência farmacêutica no Estado de São Paulo: responsabilidade dos três entes federativos do SUS /Adriane Lopes Medeiros; Nicolina Silvana Romano; Oswaldo Yoshimi Tanaka. São Paulo: Edição do Autor, 2017. 5. Disponível em: http://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2018/01/Manual_Ebook-Para-internet_assistencia-farmac%C3%AAutica-2017.pdf
13. Yamauti S M, Bonfim JRA, Barberato-Filho S, Lopes LC. Essencialidade e racionalidade da relação nacional de medicamentos essenciais do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(3): 975-986. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300975
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 210 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf
15. Decreto nº 7.646 de 21 de dezembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm

16. Brasil. Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm
17. Brasil. Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm
18. CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução 357/01. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>
19. Carvalho BM, Morandi MS, Parro MC, Moreno AH. Avaliação de prescrições e análise da ocorrência de interações medicamentosas. *CuidArte, Enferm*; 10(2): 123-130, jul.-dez.2016. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/123-130.pdf>
20. Melo DO, Silva SRA, Castro LLC. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 259-270, June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200259&lng=en&nrm=iso
21. Brasil. Agência Saúde. Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41664-lista-de-medicamentos-do-sus-cresce-25-com-reinclusao-de-oncologicos-e-hospitalares>
22. Pegler S, Underhill J. Evaluating the Safety and Effectiveness of New Drugs. *American Family Physician*. 2010;82(1):53-57. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2010/0701/p53.html>
23. Chieffi AL, Siqueira PSF. Judicialização da Saúde no Estado de São Paulo. In: Santos L, Terrazas F (org.). *Judicialização na Saúde no Brasil*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p.267-301.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portal Saúde. Núcleo de Judicialização aprimora segurança do paciente em ações judiciais. Brasília; 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/29890-nucleo-de-judicializacao-aprimora-seguranca-do-paciente-em-acoes-judiciais>
25. Brasil. Constituição Federativa do Brasil. Artigo 196; 1988. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf
26. Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
27. Brasil. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm
28. Brasil. Decreto nº 7508 de 18 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
29. Toma TS, Soares AC, Siqueira PSF, Domingues R. Estratégias para lidar com as ações judiciais de medicamentos no estado de São Paulo. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário; 2017 jan./mar, 6(1):35-54. Disponível em: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/359/448>
30. Santos Junior ACS, Kelles SMB. O direito à saúde e o fenômeno da judicialização no Brasil. In: Toma TS, et al (org.). Avaliação de tecnologias à saúde e políticas informadas por evidências. São Paulo, Instituto de Saúde (Temas em Saúde Coletiva 22), 2017. p 373-386. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/avaliacao_tecnologia_saudepoliticas_inf_evidencias.pdf
31. Schulze CJ. Direito à Saúde - novas perspectivas. Judicialização da Saúde no Estado de São Paulo. In: Santos L, Terrazas F (org.). Judicialização na Saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes Editora; 2014. p.172.



32. Madruga, CMD, Souza ESM. Manual de orientações básicas para prescrição médica. 2a ed. rev. ampl. Brasília: CRM-PB/CFM, 2011. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/cartilhaprescimed2012.pdf>
33. Fugh-Berman AJ, Scialli AR, Bell AM. Why lunch matters: assessing physicians' perceptions about industry relationships. *J Contin Educ Health Prof*; 2010.
34. Brasil. Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html
35. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Prontuário médico do paciente: guia para uso prático / Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. – Brasília: Conselho Regional de Medicina; 2006. Disponível em: http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/prontuario_medico_paciente.pdf
36. Aguiar G, Júnior LAS, Ferreira MAM. Ilegibilidade e Ausência de Informação nas Prescrições Médicas: Fatores de Risco Relacionados a Erros de Medicação. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2006; 19(2):84-91. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/133987067040819205.pdf>
37. Otero López M.J, Rodríguez BC, Pérez Encinas M, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Sánchez Muñoz T. Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000. *Farm Hosp*; 2008. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-actualizacion-laclasificacion-errores-medicacion-del-S1130634308728083>
38. Anacleto TA, Rosa MB, Neiva HM, Martins MAP. ERROS DE MEDICAÇÃO. *Pharmacia Brasileira* - Janeiro/Fevereiro 2010. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf
39. Lavan AH, Gallagher PF, O'Mahony D. Methods to reduce prescribing errors in elderly patients with multimorbidity. *Clin Interv Aging*. 2016 Jun 23;11:857-66. doi:



10.2147/CIA.S80280. eCollection 2016. Review. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4922820/pdf/cia-11-857.pdf>

40. Ferner RE, Aronson JK. Clarification of terminology in medication errors: definitions and classification. *Drug Saf.* 2006;29(11): 1011–1022.

41. WHO. The 2017 Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. 2017. Disponível em:
http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML_2017_ExecutiveSummary.pdf?ua=1

42. Marin, N. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. / Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. [373]p., ilus. Disponível em:
http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf

43. Zuluaga GCR. A assistência farmacêutica e a atenção primária à saúde: coordenação, integralidade e continuidade do cuidado na Dispensação e Atenção Farmacêutica no Brasil. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da FIOCRUZ. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-719715>

44. Adão MM, Caraciolo JMM. Fatores que influenciam a adesão aos Anti-retrovirais. In: Adesão da teoria a prática. Experiências bem-sucedidas no Estado de São Paulo/ Organização de Joselita Maria de Magalhães Caraciolo e Emi Shimma. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2007.

45. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*; 2003,19(3):705-15. Disponível em:
<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/artigos-e->



teses/em_busca_de_uma_assistencia_adequada_a_saude_do_idoso_revisao_da_literatura_e_a_plicacao_de_um_instrumento_de_deteccao_precoce_e_de_previsibilidade_de_agrivos.pdf

46. Lopes FAM, Montanholi LL, Silva JML, Oliveira FA. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2014; 3(1): 84-94. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/933>

47. Klein JM, Gonçalves AGA. (2005). A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10(2), 113-120. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v10n2/v10n2a02.pdf>

48. Moraes AB, Rolim GS, Costa Jr AL. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Rev Bras Ter Comp Cogn*. 2009;11(2):329-45. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/408>

49. Romaniszen, CSR. Estratégias de intervenção para adesão a tratamentos de saúde: análise da produção científica realizada no Brasil / Claudete Stabile Ribeiro Romaniszen. – Londrina, 2013. 70 f.: il. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/pgac/wp-content/uploads/2014/05/Estrat%C3%A9gias-de-interven%C3%A7%C3%A3o-para-ades%C3%A3o-a-tratamentos-de-sa%C3%BAde-an%C3%A1lise-da-produ%C3%A7%C3%A3o-cient%C3%ADfica-realizada-no-Brasil.pdf>

50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/09/SinteseMedicamentos_set

51. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Adesão a anti-hipertensivos: Morisky e BMQ. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):279-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>



52. Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. CONITEC. Disponível em: <http://conitec.gov.br/decisoes-sobre-incorporacoes>



7 ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento de análise de adesão farmacológica.

Questionário sobre percepção e uso de medicamentos¹

Nome do paciente: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () masculino () feminino

Bom dia. Eu gostaria de lhe fazer umas perguntas que podem me ajudar no acompanhamento da sua saúde. O(A) senhor(a) concorda em responder?

Qual é a sua profissão?: _____

O(A) senhor(a) estudou até quando? () Não frequentou a escola () 1ª a 4ª série () 5ª a 8ª série () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto () Superior completo

O(A) senhor(a) poderia me dizer quais são os remédios que está tomando? _____

O(A) senhor(a) recebe ajuda de alguém para utilizar esses remédios: () não () sim

Poderia me informar quem o ajuda? () familiar () vizinhos () amigos () cuidador

Agora, vou fazer umas perguntas e gostaria que o(a) senhor(a) respondesse Sim, Não ou Não Sei.

¹ Questionário adaptado de BMQ (BELIEFS ABOUT MEDICATIONS) (SALGADO et al, 2013); BMQ 2 – Brief Medication Questionnaire (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012)

Instrumto BMQ

Percepções sobre medicamentos			
Opinião do paciente sobre os medicamentos que está tomando.	Sim	Não sei ou “mais ou menos”	Não
N1- O(A) senhor(a) acredita que sua saúde depende destes remédios?	[3]	[2]	[1]
P1- Ter que tomar estes remédios o(a) preocupa?	[3]	[2]	[1]
N2 – O(A) senhor(a) acredita que sua vida seria impossível sem esses remédios?	[3]	[2]	[1]
P2 – O(A) senhor(a) tem preocupação com os efeitos de longo prazo destes remédios?	[3]	[2]	[1]
N3 – O(A) senhor(a) acredita que estaria muito doente sem estes remédios?	[3]	[2]	[1]
P3 – Estes remédios são um mistério para o(a) senhor(a)?	[3]	[2]	[1]
N4 – O(A) senhor(a) acredita que sua saúde no futuro dependerá destes remédios?	[3]	[2]	[1]
P4- Estes remédios perturbam a sua vida?	[3]	[2]	[1]
P5 – O(A) senhor(a) tem preocupação em ficar muito dependente destes remédios?	[3]	[2]	[1]
N5 – O(A) senhor(a) acredita que estes remédios o(a) protegem de ficar pior?	[3]	[2]	[1]
P6 – Estes remédios produzem efeitos desagradáveis?	[3]	[2]	[1]

Uso de medicamentos

1) Agora vamos conversar sobre os remédios que o (a) senhor (a) usou na ÚLTIMA SEMANA.

*[Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:
Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR]*

a) Poderia me dizer os remédios utilizados na última semana, dose, número de vezes ao dia, via de administração (oral, injeção, pomada)?	b) Quantos dias da última semana, o (a) senhor(a) tomou (ou usou) este remédio?	c) Quantas vezes por dia o (a) senhor (a) tomou (ou usou) este remédio?	d) No caso desse remédio em comprimidos, quantos comprimidos o (a) senhor(a) tomou em cada vez?	e) No caso desse remédio em comprimidos, quantas vezes o(a) senhor(a) esqueceu de tomar algum comprimido?	f) Como este remédio funciona para o(a) senhor(a)?



2) Algum desses remédios que o(a) senhor(a) está usando causa problemas? () NÃO () SIM

[Entrevistador(a): Se o paciente respondeu SIM, liste os nomes dos medicamentos, o grau de incômodo que eles provocam e qual é esse incômodo.

Nome do remédio	Grau do incômodo			Qual é o incômodo que esse remédio provoca?
	Muito	Um Pouco	Muito Pouco	

Agora, vamos conversar sobre algumas dificuldades que as pessoas podem ter com os remédios.

Gostaria que o(a) senhor(a) dissesse o grau de dificuldade com relação a:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual Medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem do remédio.				
Ler o que está escrito na embalagem do remédio.				
Lembrar de tomar de o remédio de acordo com a receita do médico.				
Conseguir o remédio.				
Tomar todos os comprimidos ao mesmo tempo.				

Nome do entrevistador:

Duração da entrevista: minutos



ANEXO 2. Validação do Instrumento BMQ.

O BMQ é um questionário de onze itens que compreende duas subescalas: uma escala de necessidade de cinco itens, para avaliar as crenças do paciente sobre a necessidade de medicação prescrita (Necessidade) e uma escala de preocupações de seis itens, para avaliar crenças sobre o perigo de dependência (Preocupações). Cada item é marcado em uma Escala de três pontos (1 = não, 2 = não sei, 3 = sim) e as pontuações totais para as subescalas necessidade e preocupação variam de 5 a 25 e de 6 a 30, respectivamente. Quanto maior a pontuação, maior é a crença do paciente no conceito representado pela escala.

O instrumento foi encontrado na síntese de evidências *Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas* do Ministério da Saúde (2016), e foi feita adaptação transcultural para a população de Franco da Rocha.

Análises estatísticas com uma análise exploratória de componentes principais (PCA) com rotação não ortogonal (normalização Kaiser) foram realizadas para examinar a correlação dos componentes da versão adaptada do BMQ. O critério para a extração de componentes foi um autovalor $> 1,0$ (critério de Kaiser). O coeficiente alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a confiabilidade da versão adaptada do BMQ, sendo o valor acima de 0,70 considerado aceitável.

Resultados

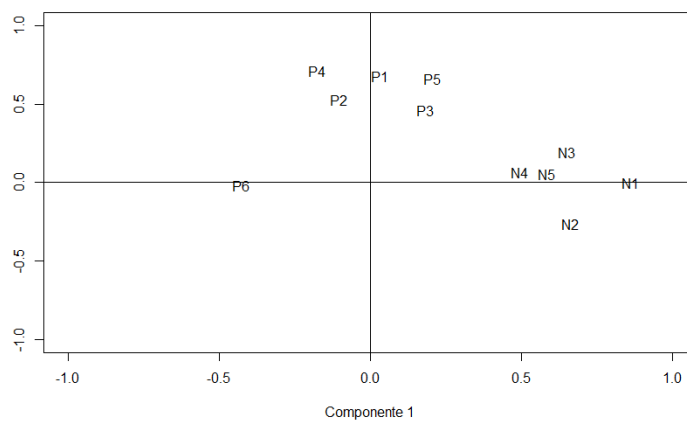
As correlações entre dois componentes (Figura 1) demonstram que as subescalas se correlacionam entre si. O item P6 foi o que mais divergiu entre os grupos (com pouca correlação com a subescala Preocupação) e nenhuma correlação com a subescala Necessidade, o que pode ser considerado um item independente (Quadro 1).

Quadro 1. Correlação PCA entre dois componentes.

Pergunta	PCA1	PCA2
N1	0,8612	0,0000
P1	0,0000	0,6779
N2	0.6613	-0.2638
P2	-0.1053	0.5284
N3	0.6494	0.1915
P3	0.1810	0.4600
N4	0.4937	0.0000
P4	-0.1761	0.7116
P5	0.2055	0.6632
N5	0.5835	0.0000
P6	-0.4278	0.0000

Elaboração dos autores com base em fontes primárias

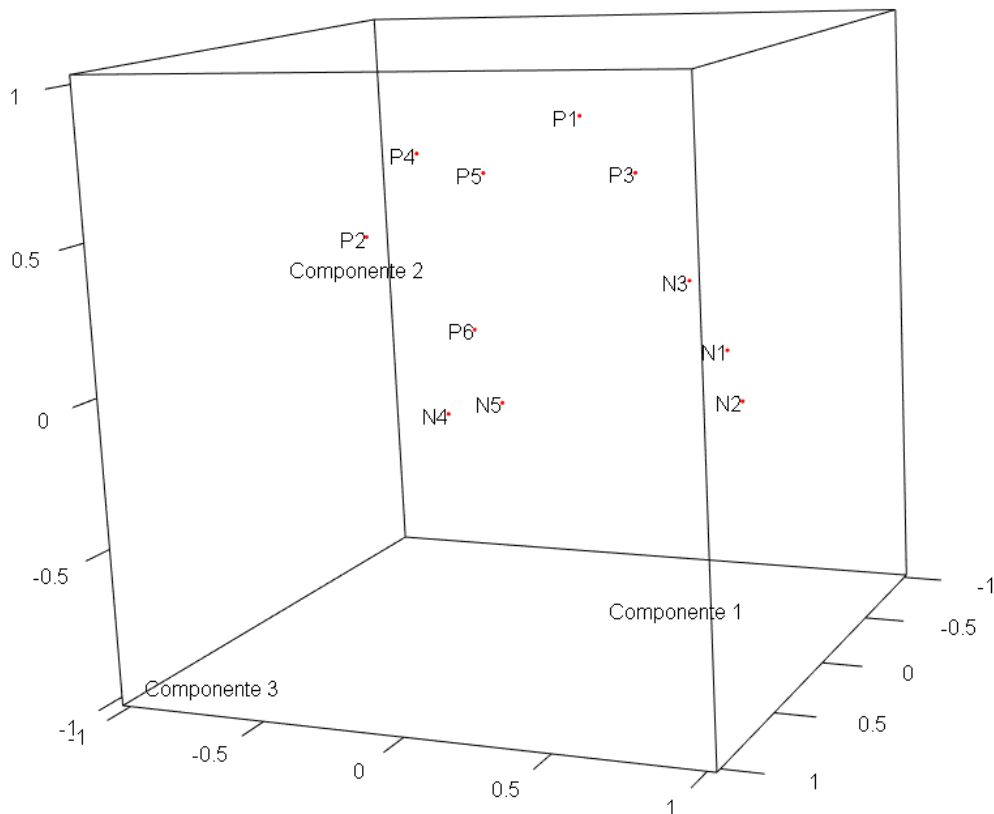
Figura 1. Dispersão em dois componentes dos domínios necessidade e preocupação do BMQ.



Elaboração dos autores com base em fontes primárias

Já quando verifica-se a correlação entre três componentes, a subescala Necessidade mostrou ter maior correlação em comparação a subescala Preocupação (Figura 2)

Figura 2. Dispersão em três componentes dos domínios necessidade e preocupação do BMQ.



Elaboração dos autores com base em fontes primárias

Essa versão apresentou escores nitidamente inferiores aos apresentados em Portugal, no domínio necessidade e preocupação respectivamente 11,90 (DP=4,16) e 10,80 (DP=5,40) e em Portugal 19,90 (SD=2,80) e 17,70 (SD=3,90), indicando assim que o instrumento aqui obteve uma maior dispersão de respostas e respostas menos concordantes do que as respostas obtidas em Portugal (Quadro 2).

O índice Alfa de Cronbach ficou em 0,53 nesse instrumento, indicando uma baixa confiabilidade no espaço devido ao seu alto desvio-padrão apresentado. Em Portugal o índice ficou em 0,70 indicando uma aceitável confiabilidade no espaço onde foi aplicado.



Quadro 2. Comparação entre os domínios Necessidade e Preocupação entre o município de Franco da Rocha (SP) e Portugal.

	Portugal		Franco da Rocha (SP)	
	Necessidade	Preocupação	Necessidade	Preocupação
Pontuação	19,90	17,7	11,90	10,80
Desvio-padrão	2,80	3,90	4,16	5,40
Alfa de Cronbach	0,76	0,67	0,468	0,538

Elaboração dos autores com base em fontes primárias



ANEXO 3. Nova versão do instrumento de avaliação de adesão ao tratamento farmacológico.

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS¹

Bom dia. Eu gostaria de lhe fazer umas perguntas que podem me ajudar no acompanhamento da sua saúde. O(A) senhor(a) concorda em responder?

Nome do paciente: _____ Idade: _____ anos Sexo: () masculino () feminino

Agora vamos conversar sobre os remédios que o(a) senhor(a) usou na ÚLTIMA SEMANA.

a) Veja a receita médica: Para cada remédio que o paciente deveria ter usado, anote o nome, a dose, o número de vezes ao dia, e a via de administração (oral, injeção, pomada).	b) Anote quantos dias tomou (ou usou) este remédio na última semana.	c) Anote quantas vezes por dia tomou (ou usou) este remédio.	d) Se o remédio for em comprimidos, anote quantos comprimidos tomou de cada vez.	e) Pergunte se o paciente sabe para que serve esse remédio e anote.	f) Pergunte se o medicamento causa algum desconforto ou efeito desagradável e anote qual.

¹ Questionário adaptado de BMQ (BELIEFS ABOUT MEDICATIONS) (SALGADO et al, 2013); BMQ 2 – Brief Medication Questionnaire (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012)



Agora, vamos conversar sobre algumas dificuldades que as pessoas podem ter com os remédios.

Anote o grau de dificuldade do paciente com relação a:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Anote o comentário do paciente
Abrir ou fechar a embalagem do remédio.				
Ler o que está escrito na embalagem do remédio.				
Lembrar de tomar o remédio de acordo com a receita do médico.				
Tomar todos os comprimidos ao mesmo tempo.				
Conseguir o remédio.				
Ler a receita médica				

O(A) senhor(a) recebe ajuda de alguém para utilizar esses remédios: () não () sim

Poderia me informar quem o(a) ajuda? () familiar () vizinhos () amigos () cuidador