



## **Inclusão de Pacientes no Programa Remédio em Casa por Profissionais Farmacêuticos**

### **Proposta original:**

Wallace Assis dos Santos - Farmacêutico Bioquímico – Parceiro SPDM  
UBS/AMA Cangaíba - ST Penha - CRS Sudeste

### **Adequações:**

Sueli Ilkiu – Farmacêutica Bioquímica - Atenção Básica SMS  
Coordenação dos Programas: Remédio em Casa (PRC) e  
Automonitoramento Glicêmico (AMG)

### **Colaboração:**

Marina Arends Roschel – Enfermeira – Interlocução dos Programas da  
Atenção Básica: Remédio em Casa (PRC) e Automonitoramento Glicêmico  
(AMG) da CRS Sul

Sílvia Akemi Odo – Farmacêutica – Assistência Farmacêutica da CRS Sul  
Sílvia Regina Ansaldi da Silva – Farmacêutica – Interlocução do Programa  
da Atenção Básica: Remédio em Casa (PRC) e Assistência Farmacêutica  
da CRS Centro Oeste

### **Avaliação - Áreas Técnicas da Atenção Básica:**

Assistência Farmacêutica – Dirce Cruz Marques;  
Saúde do Adulto – Márcia Maria Gomes Massironi  
Saúde do Idoso – Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

### **Aprovação:**

Coordenação da Atenção Básica – Edjane Maria Torreão Brito  
CRS Sudeste – Helena Zaio  
CRS Sul – Ivanilda Argenau Marques  
CRS Centro Oeste – Márcia Aparecida Gadargi  
CRS Leste – Sonia Antonini Barbosa  
CRS Norte - Vânia Soares Azevedo Tardelli



**Siglas:**

UBS– Unidade Básica de Saúde

AMA – Assistência Médica Ambulatorial

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

ST – Supervisão Técnica de Saúde

SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

PRC – Programa Remédio em Casa

AMG – Programa de Automonitoramento Glicêmico

**Data para início de implantação: até 12/07/10**

**Data para avaliação: 1º semestre 2011 nas Reuniões Regionais com as Interlocações do PRC das CRS e ST**

**Obs: as avaliações foram realizadas nas Reuniões Regionais realizadas de 16/02 a 03/03/11 nas CRS**

**Exemplo de implantação: UBS Vila Itapema – ST Itaquera – CRS Leste**

**[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/UBS\\_Vila\\_Itapema\\_ST\\_Itaquera\\_CRS\\_Leste.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/UBS_Vila_Itapema_ST_Itaquera_CRS_Leste.pdf)**

**Anexo I - Modelo da CRS Sul - Entrevista do Farmacêutico para Inserção do Paciente no Programa Remédio em Casa – pg. 11**

**Condições para implantação:**

1 - Antes de iniciar a implantação, todos os profissionais da Unidade deverão ser informados através de reunião técnica em que gerente e farmacêutico expliquem e justifiquem o projeto.

2 - A implantação do Projeto deverá ser obrigatoriamente monitorada e sistematicamente acompanhada pelos Interlocutores do Programa Remédio em Casa da Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde a qual a Unidade estiver vinculada.

3 - A implantação somente poderá ser efetivada em Unidades em que o Profissional Farmacêutico esteja presente todos os dias ou no mínimo duas vezes por semana.



## **Inclusão de Pacientes no Programa Remédio em Casa por Profissionais Farmacêuticos**

### **Introdução**

Garantir o *acesso* da população a medicamentos essenciais com *uso racional* são diretrizes da Política Nacional de Medicamentos - Portaria MS nº 3.916/98 e Política Nacional de Assistência Farmacêutica. O Brasil é referência em sua política global de integralidade e universalidade de assistência à saúde, inclusive assistência farmacêutica

O Programa Remédio em Casa – PRC da Secretaria Municipal da Saúde – SMS SP, consiste na entrega domiciliar de medicamentos em quantidades suficientes para o período de 90 dias, para portadores de doenças crônicas, estáveis e controlados clinicamente, em acompanhamento nas Unidades de Saúde. Desde 2005 é uma das *políticas de acesso a medicamentos* no Plano Municipal de Saúde.

As prescrições com o uso de medicamentos destinados a terapêutica de pacientes com diagnóstico de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus tipo II, em sua grande maioria (aproximadamente de 70 a 90%), são receitas com tempo de tratamento para “Uso Contínuo”, que na prática representa seis meses, validade da receita para dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde do município conforme a Portaria 1535/06 da Secretaria Municipal de Saúde – São Paulo; com número significativo destas receitas contendo os medicamentos contemplados pelo elenco do Programa Remédio em Casa.

Pressupõe-se que quando o médico prescritor fornece ao paciente receita para seis meses e Uso Contínuo, que este paciente esteja controlado e estável uma vez que seu retorno para avaliação será em seis meses e durante todo este tempo utilizará os mesmos medicamentos.



**LEI MUNICIPAL Nº 14.413, DE 31 DE MAIO DE 2007** - *Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Município e dá outras providências.*

Seção III do Capítulo IV do Título I da Segunda Parte da Lei Complementar nº 791, de 9 de março de 1995.

Art. 4º Os serviços públicos de saúde e as entidades privadas, conveniadas ou contratadas pelo Poder Público, têm que garantir a todos os pacientes e usuários:

I - a igualdade de *acesso*, em idênticas condições, *a todo e qualquer procedimento, médico ou não, que se faça necessário e seja oferecido pela instituição;*

II - o atendimento equânime em relação à qualidade dos procedimentos referidos no inciso anterior.

Parágrafo único. O direito à igualdade de condições de acesso a todos os serviços, exames, procedimentos e à sua qualidade, nos termos desta lei, é extensivo às autarquias, institutos, fundações, hospitais universitários e demais entidades, públicas ou privadas, que recebam, a qualquer título, recursos do Sistema Único de Saúde.

## **Proposta**

Para as prescrições em que o médico especifica na receita que o paciente está apto a fazer o uso do medicamento por seis meses e/ou Uso Contínuo e todos os medicamentos que o paciente utiliza estão no elenco do Programa Remédio em Casa, o farmacêutico oferecerá ao usuário a possibilidade de sua inclusão no Programa Remédio em Casa, conforme a Lei Municipal Nº 14.413/07 acima mencionada.

Nestes casos será responsabilidade do profissional Farmacêutico: informar e orientar sobre o Programa bem como agendar a avaliação de retorno dos 90 dias (75 a 90) após a inclusão.

Esta avaliação de retorno em 90 dias (75 a 90 dias) deve ser realizada conforme estabelecido no Boletim Nº 07 – Flexibilização da Validade de Receitas, *preferencialmente em avaliações em grupo que o farmacêutico participe*

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas> - Projeto-Flexibilizacao\_Validade\_Numero\_Entregas-alt\_I.pdf;



### **Observações importantes:**

1 – Para casos em que o paciente esteja utilizando, mesmo que temporariamente outros medicamentos (por ex: antibióticos), não deverá ser realizada a Inclusão.

1 – *A prescrição médica tem de ser integralmente mantida.* Qualquer necessidade de alteração, decorrente da avaliação intermediária de 90 dias remete à necessidade de agendamento para avaliação médica.

### **Fluxo de Inclusão de Pacientes e Prescrições no Programa Remédio em Casa pelo Farmacêutico**

1 – Com a *receita original* do profissional médico em que se preconize Uso Contínuo ou seis meses de tratamento, o farmacêutico realizará a inclusão do paciente no sistema GSS/Remédio em Casa mediante permissão (aceite) e orientação do paciente. A inclusão deverá ser feita utilizando-se a receita médica original (que não estará em formulário específico do PRC).

2 – O Farmacêutico deverá providenciar o arquivamento da segunda via da receita no prontuário do paciente ou dentro de organização da Unidade desde que permita fácil localização, além de registrar no prontuário a participação e inclusão no Programa Remédio em Casa.

3 – Agendamentos de retorno em grupo ou individual, entre 75 -90 dias para avaliação de manutenção no Programa; com registro em prontuário desta avaliação.

4 – Em 180 dias, retorno com o médico prescritor, que deverá manter o paciente no Programa se for o desejo do mesmo ou explicitar o motivo da não manutenção para o paciente e registro em prontuário. Neste caso, a consulta médica deverá ser sempre vinculada ao atendimento da equipe multiprofissional, para a manutenção do paciente no Programa ou conhecimento dos motivos que impedem tal manutenção.



### **Vantagens previstas para o Projeto:**

- 1 – Aumentar a participação do profissional Farmacêutico nas ações de Atenção Básica a Saúde;
- 2 – A Assistência Farmacêutica mais efetiva na dispensação de medicamentos, pois o farmacêutico será o elo principal para o paciente ter as informações sobre o uso correto de medicamentos;
- 3 – Aumentar a adesão ao tratamento, o uso racional de medicamentos e a educação pertinente a terapêutica prescrita pelo profissional médico;
- 4 – Reconhecimento e participação efetiva do profissional farmacêutico junto à equipe técnica e população
- 5 – Elevar o número de pacientes no Programa Remédio em Casa
- 6 – No conjunto de Indicadores da Assistência Farmacêutica, a evolução do Programa Remédio em Casa na Unidade poderá ser um dos indicadores de produtividade
- 7 – Aumentar o tempo de assistência ao paciente por parte dos médicos, uma vez que não haverá necessidade de preenchimento de mais um documento
- 8 – Maior acompanhamento dos pacientes do programa, diminuindo o número de pacientes inativos, e acesso ao medicamento garantido.
- 9 – Diminuir a incidência de erro na digitação das inclusões e maior rapidez nas condutas para correção dos erros de digitação; pois o farmacêutico estará diretamente envolvido nesta rotina.



### **Forma de implantação:**

- 1 – As CRS e ST devem elencar Unidades com farmacêutico em tempo integral ou que realize supervisão no mínimo 02 vezes/semana para implantação
- 2 – Avaliar após seis meses o Programa Remédio em Casa nestas Unidades
- 3 – De acordo com os resultados, decidir sobre a expansão.
- 4 – Acompanhar junto com os profissionais farmacêuticos das Unidades os Indicadores

### **Indicadores:**

Os Indicadores abaixo propostos são Indicadores de Processo, que deverão ser acompanhados de seis a doze meses; quando deverão ser avaliados e se possível ser substituídos por Indicadores de Resultados:

- 1 - % de Prescrições Incluídas por Farmacêuticos

Fórmula de cálculo:  $\text{Total de Prescrições Incluídas por Farmacêuticos} / \text{Total de Prescrições da Unidade} \times 100$

- 2 - % de Ativos de Prescrições Incluídas por Farmacêuticos

Fórmula de cálculo:  $\text{Total de Ativos de Prescrições Incluídas por Farmacêuticos} / \text{Total de Ativos da Unidade} \times 100$

- 3 - % de grupos com participação do Profissional Farmacêutico

Fórmula de cálculo:  $\text{Nº de grupos com participação do Profissional Farmacêutico} / \text{Total de Grupos para Doenças Crônicas da Unidade} \times 100$



**Avaliação: 1º semestre 2011 nas Reuniões Regionais com as Interlocações do PRC das CRS e ST**

**16/02/11 - CRS Sudeste**

**18/02/11 – CRS Norte**

**01/03/11 – CRS Leste**

**02/03/11 – CRS Centro Oeste**

**03/03/11 – CRS Sul**

Após as reuniões realizadas pelas CRS, identificou-se a necessidade de que um **Roteiro - Fluxo Mínimo** fosse estabelecido.

Como cada CRS; ST e Unidades envolvidas têm realidades diferentes (inclusive relacionadas à estrutura física e organização interna de serviço), estará sob responsabilidade das Interlocações o acompanhamento do processo para que caso ocorram problemas, estes sejam identificados precocemente e as intervenções possam ser rapidamente efetivadas.

**Objetivos:**

- 1 - Estabelecer vínculo da farmácia e seus profissionais com os pacientes,
- 2 - Identificar e registrar possíveis eventos adversos aos medicamentos,
- 3 - Proporcionar a integração da Farmácia ao restante da equipe da Unidade no sentido de contribuir de forma positiva no acompanhamento dos portadores de doenças crônicas.
- 4 – Possibilitar ao paciente a decisão de qual forma de acesso - Entrega Domiciliar ou Retirada na Farmácia, é mais adequado às suas necessidades.

**Condições imprescindíveis para implantação:**

- 1 - Antes de iniciar a implantação, todos os profissionais da Unidade deverão ser informados através de reunião técnica em que gerente e farmacêutico expliquem/justifiquem o projeto.
- 2 - A implantação deverá ser obrigatoriamente monitorada e acompanhada pelos Interlocutores do Programa Remédio em Casa da STS; CRS e Entidades Parceiras a qual a Unidade estiver vinculada.
- 3 - A implantação somente poderá ser efetivada em Unidades em que o Profissional Farmacêutico esteja presente todos os dias ou no mínimo duas vezes por semana e que o atendimento e dispensação rotineira sejam realizados por Técnicos de Farmácia.



### **Roteiro - Fluxo Mínimo**

1 - Técnico de Farmácia identifica se a receita “Uso Contínuo” apresentada na farmácia contém todos os itens do elenco do Programa Remédio em Casa

2 – Técnico de Farmácia pergunta ao paciente:

2.1 – Se quer receber os medicamentos em casa

2.2 – Se a próxima consulta/retorno médico foi recomendado/agendado para 06 meses

Caso uma das respostas (2.1 e/ou 2.2) seja **NÃO**; o atendimento da Prescrição será efetuado pela Farmácia de acordo com a Portaria 1.535/06 Se **SIM** para 2.1 e 2.2, segue para

3 – **Avaliação - Questionário Mínimo pelo farmacêutico**, que deverá contemplar:

- O paciente não deverá apresentar outras comorbidades e/ou complicações; isto é deverá ser de risco leve o no máximo moderado.
- Não poderá utilizar medicamentos que não estejam padronizados no programa (por exemplo: Insulina)
- O tratamento deverá estar de acordo com o Protocolo de Tratamento de Hipertensão Arterial e Diabetes da SMS SP;
- Não poderão existir dúvidas em relação às informações da prescrição médica; isto é: a prescrição médica deverá ser integralmente mantida para se efetuar o Cadastramento
- Deve estar explícito a expressão “Uso Contínuo” ou tempo de tratamento por 180 dias pelo prescritor e confirmado que o próximo retorno foi recomendado/agendado para 06 meses
- A certeza de que paciente, após as explicações, esteja de acordo com as diretrizes e dinâmicas do PRC; ciente da necessidade de participação/avaliação em 75 – 90 dias
- Verificação, através do sistema, se o paciente tem adesão ao tratamento – utilizando como indício se o mesmo busca seus medicamentos mensalmente, de forma regular e se utiliza os mesmos medicamentos (inclusive com as mesmas concentrações/posologias) há pelo menos 03 meses
- A via da receita que permanecerá com o paciente deverá conter a informação de que o mesmo foi inserido no Programa Remédio em Casa e, portanto, está garantido o recebimento da medicação para seis meses (carimbo), evitando-se assim, a retirada em outros serviços.



### **Observações Importantes:**

- Do mesmo modo que a dispensação e escrituração do livro de registro específico pode ser delegada aos Técnicos de Farmácia, mediante supervisão do Farmacêutico, a inclusão do paciente no PRC também poderá ser delegada; desde que **sob a supervisão direta do profissional farmacêutico e após treinamento intensivo sobre as diretrizes e critérios do PRC**

- Uma vez que quando o prescritor registra que o uso dos medicamentos é contínuo (ou para 180 dias) na prescrição, fica determinado pelo médico que a hipertensão arterial, diabetes; dislipidemia; hipotireoidismo do paciente está estável e controlada de forma que o paciente só necessitará de reavaliação clínica após seis meses de tratamento. Portanto, se as condições de organização da Unidade não permitirem a avaliação do Prontuário no momento de Inclusão, fica implícito, imprescindível e obrigatório que no Retorno de 75 – 90 dias, na Avaliação de Retorno (Grupo) a avaliação contemple a avaliação de Prontuário

4 – Após o preenchimento da Avaliação - Questionário

4.1 – Não atende a todos os critérios – o paciente deve ser informado e encaminhado para a retirada de medicamentos na Farmácia de acordo com a Portaria 1.535/06

4.2 – Atende a todos os critérios – Realizam-se o Cadastramento/Inclusão na presença do Paciente, confirmando-se o endereço de entrega.

4.2.1 – Entregam/Dispensação de medicamentos para 15 dias pela Farmácia

4.2.2 – Realiza-se o agendamento para o retorno intermediário (75 – 90 dias), que deverá ser preferencialmente avaliação em Grupos em que o profissional Farmacêutico participe.

### **Observações importantes:**

- A implantação de formulário adequado para o seguimento farmacoterapêutico (Atenção Farmacêutica) e análise de situações que exijam intervenção, como por exemplo, as interações medicamentosas potenciais e o uso de medicamentos inapropriados para idosos poderão ser identificados e ou necessária para os pacientes atendidos pelo farmacêutico.

- A Farmácia deverá ser responsável pelo acompanhamento dos pacientes Cadastrados/incluídos através de Receitas “Uso Contínuo”. Para isto deverá acompanhar se os pacientes compareceram no Retorno de 75-90 dias e no caso de Não comparecimento deverá participar com a equipe multiprofissional da realização dos contatos/Busca Ativa para identificar as causas e não permitir que os pacientes interrompam seu tratamento.



**Anexo I - Modelo da CRS Sul**

**Entrevista do Farmacêutico para Inserção do Paciente no Programa Remédio em Casa**

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Cartão SUS:	Nº Prontuário:	Equipe PSF:	
Data Nascimento: ____/____/____	Idade: anos	Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela	
Nome da Mãe:		Naturalidade:	
Profissão:		Ocupação:	
Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo		<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Superior completo	
Tem cuidador: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Nome do cuidador: _____	
Qual parentesco? <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Nora <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Institucionalizado <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Outros _____			
Você recebe correspondência dos CORREIOS em sua casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Você gostaria de receber sua medicação em casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Você conhece o Programa Remédio em Casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Há alguém em sua residência que possa receber sua encomenda? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Endereço de Residência:			
		CEP:	Telefone:
Endereço Entrega:			
		CEP:	Telefone:

**HISTÓRICO**

Você é acompanhado em outro serviço de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, especificar: _____	
Você toma outros remédios que não estão nesta receita? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, especificar: _____	
Você toma insulina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)? <input type="checkbox"/> NPH <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Humalog <input type="checkbox"/> Lantus <input type="checkbox"/> Outros	
Você tem, ou já teve, ou foi tratado, de alguma dessas doenças? <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Doença renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Trombose <input type="checkbox"/> Catarata <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____	

**HÁBITOS DE VIDA**

Atividade Física: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo: <input type="checkbox"/> Caminhada <input type="checkbox"/> Natação <input type="checkbox"/> Ginástica <input type="checkbox"/> Lian Gong <input type="checkbox"/> Tai chi <input type="checkbox"/> Outros _____	Periodicidade: <input type="checkbox"/> 1x/sem <input type="checkbox"/> 2x/sem <input type="checkbox"/> 3x/sem <input type="checkbox"/> 5x/sem <input type="checkbox"/> 7x/sem
Tabagismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, deseja parar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Etilismo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Hábitos Alimentares: <input type="checkbox"/> Ingere fibras <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Legumes Obs.: _____		

**AVALIAÇÃO**

Avaliação dos Fatores de Risco: <input type="checkbox"/> Sem risco adicional <input type="checkbox"/> Risco Baixo <input type="checkbox"/> Risco Médio <input type="checkbox"/> Risco Alto <input type="checkbox"/> Risco Muito Alto	
Estado Mental: <input type="checkbox"/> orientado <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> deprimido	
Mobilidade: <input type="checkbox"/> totalmente dependente <input type="checkbox"/> parcialmente dependente <input type="checkbox"/> independente <input type="checkbox"/> acamado <input type="checkbox"/> cadeiras de rodas	
Apto para cadastramento no Programa Remédio em Casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da Avaliação: ____/____/____
Agendamento de Consulta Médica: ____/____/____	Agendamento de Grupo: ____/____/____

FARMACÊUTICO: \_\_\_\_\_ CRF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

**Referências Bibliográficas:**



1 - Farmácia – Estabelecimento de Saúde – CRF SP: Fascículo I – Projeto Farmácia - Estabelecimento de Saúde, Junho 2009 e Fascículo III - Serviços Farmacêuticos, Maio 2010

<http://www.crfsp.org.br/>

2 - Programa Remédio em Casa – SMS/SP

2.1 - Apresentações; Publicações; Manuais e Links

2.2 - Boletins Informativos do Programa Remédio em Casa

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/programas/>

3 - Saúde do Adulto – SMS SP – Protocolo de tratamento de HA e DM

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/saude\\_do\\_adulto](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/saude_do_adulto)

4 – Assistência Farmacêutica – SMS SP - Portaria Nº 1535/06

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist\\_farmaceutica/](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/assist_farmaceutica/)