
Construção de um fluxo de contrarreferência de pacientes para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde de um estado brasileiro

Construction of a counter-reference flow of patients for Pharmaceutical Care in the Primary Health Care of a Brazilian state

Construcción de un flujo de contrarreferencia de pacientes para el Cuidado Farmacéutico em la Atención Primaria de Salud de un estado brasileño

Nathasha Stella Reis³⁵

Anna Heliza Silva Giomo³⁶

Debora Ferreira Reis³⁷

Glaucia Silveira Carvalho Pessoa³⁸

Juliana Bicalho Machado Assunção da Silva³⁹

Dayde Lane Mendonça-Silva⁴⁰

³⁵Farmacêutica especialista, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, mestranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília. Endereço: Setor de Áreas Isoladas Norte - SAIN - Fim da Asa Norte Bloco B - (antigo prédio da Câmara Legislativa) – Brasília/Distrito Federal - CEP: 70770-200 E-mail: nathasha.reis@igesdf.org.br, nath.stellar@gmail.com

³⁶Farmacêutica mestre em Saúde Coletiva, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; annagiomo@gmail.com

³⁷Farmacêutica especialista, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; deborافر28@gmail.com

³⁸Farmacêutica, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; glauciasilveiracarvalho@gmail.com

³⁹Farmacêutica mestre, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; julianabicalho@gmail.com

⁴⁰Farmacêutica doutora em Ciências Biológicas, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Saúde – Universidade de Brasília. daydelane@gmail.com

RESUMO

A atuação clínica do farmacêutico obteve importante reforço na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em 2015, com a institucionalização dos Núcleos de Farmácia Clínica nos hospitais e, em 2017, na Atenção Primária à Saúde (APS), com a implantação do Cuidado Farmacêutico na estratégia saúde da família. Contudo, havia a necessidade de integrar os serviços prestados nos diferentes níveis de atenção. Assim, o objetivo desse artigo foi relatar o desenvolvimento de um fluxo de contrarreferência de pacientes para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde do DF, com o intuito de garantir a continuidade e integralidade do cuidado em saúde. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, que apresenta o processo de revisão de literatura, desenvolvimento das etapas e ferramentas do fluxo, bem como a sua validação. O processo desenvolveu-se de forma participativa, envolvendo profissionais farmacêuticos de diferentes níveis de atenção e da gestão central e resultou no desenvolvimento de um fluxo de encaminhamento de usuários e uma ferramenta informatizada de comunicação interprofissional. O fluxo construído se mostrou de simples operacionalização, passível de ser aplicado a outros profissionais e cenários e com grande potencial de gerar benefícios aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: cuidados farmacêuticos, contrarreferência, integralidade em saúde

ABSTRACT

The pharmacist's clinical performance was significantly reinforced at the Federal District Health Department (SES/DF) in 2015, with the institutionalization of Clinical Pharmacy Centers in hospitals and, in 2017, in the Primary Health Care (APS), with the implementation of Pharmaceutical Care in the family health strategy. However, there was a need to integrate the services provided at the different levels of care. Thus, the objective of this article was to report the development of a counter-referral flow of patients for pharmaceutical care in the Primary Health Care of DF, in order to ensure the continuity and completeness of health care. This is a descriptive study of the experience report type, which presents the literature review process, development of the steps and tools of the flow, as well as their validation. The process was developed in a participatory manner, involving pharmaceutical professionals of different levels of care and central management and resulted in the development of a user referral flow and a computerized interprofessional communication tool. The constructed flow proved to be of simple operationalization, therefore possible to be applied to other professionals and scenarios and with great potential to generate benefits to users of the Unified Health System.

Keywords: pharmaceutical services, counter-reference, integrality in health

RESUMEN

El desempeño clínico del farmacéutico fue significativamente reforzado por el Departamento de Salud del Distrito Federal (SES/DF) en 2015, con la institucionalización de los Centros de Farmacia Clínica en hospitales y, en 2017, en la Atención Primaria de Salud (APS), con la implementación de la Atención Farmacéutica en la estrategia de salud familiar. Sin embargo, era necesario integrar los servicios prestados en los diferentes niveles de atención. Por lo tanto, el propósito de este artículo fue informar el desarrollo de un flujo de contrarreferencia de pacientes para los servicios farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud del Distrito Federal, con el fin de garantizar la continuidad y la integridad de la atención a la salud. Este es un estudio descriptivo del tipo de informe de experiencia, que presenta el proceso de revisión de la literatura, el desarrollo de los pasos y las herramientas del flujo, así como la validación del documento. El proceso se desarrolló de manera participativa, con la participación de profesionales farmacéuticos de diferentes niveles de atención y gestión central de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y dio como resultado el desarrollo de un flujo de referencia de usuarios de niveles de atención de media y alta complejidad para la atención primaria y una herramienta computarizada para la comunicación interprofesional. El flujo construido demostró ser de una simple operacionalización, que podría aplicarse a otros profesionales y escenarios y con un gran potencial para generar beneficios para los usuarios del Sistema Único de Salud.

Palabras clave: servicios farmacéuticos, contra-referencia, integralidad en salud

INTRODUÇÃO

O Cuidado Farmacêutico, que requer formação clínica e humanística de farmacêuticos em busca de um apoio personalizado para os pacientes, tem sido considerado uma alternativa de tecnologia em saúde para proporcionar melhores perspectivas no controle de doenças crônicas¹, reduzindo a morbimortalidade associada aos medicamentos. Por meio dessa prática clínica, o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas aos medicamentos, atuando na detecção, prevenção e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos positivos².

Como atividades clínicas do Cuidado Farmacêutico, o profissional pode realizar a revisão da farmacoterapia, desenvolver educação e rastreamento em saúde, além de promover a conciliação medicamentosa durante as transições de cuidado³. Os usuários com tratamentos mais complexos e dificuldades no uso

dos medicamentos podem requerer um seguimento mais longo e frequente por parte do farmacêutico, denominado acompanhamento farmacoterapêutico⁴.

Devido à facilidade de acesso aos farmacêuticos da Atenção Primária e baixas barreiras de comunicação, os pacientes tendem a confiar nesses profissionais em muitas questões relacionadas à saúde⁵. Desde a década de 1990, os serviços clínicos farmacêuticos têm se mostrado capazes de promover melhor controle dos problemas de saúde, devido ao maior conhecimento dos pacientes em relação ao uso racional dos medicamentos⁶.

Por outro lado, a falta de um programa de transição de cuidado adequado, definido como um conjunto de ações para garantir a coordenação e a continuidade da assistência à saúde, na transferência de pacientes entre diferentes serviços ou diferentes unidades de um mesmo local⁷, aumenta os riscos de uma rápida readmissão e pode afetar negativamente a qualidade funcional e qualidade de vida dos pacientes. Para reduzir o risco de resultados negativos, é essencial uma forte capacidade de comunicação e informação na transição de pacientes entre hospitais, atendimento domiciliar e ambientes comunitários⁸.

Um dos elementos essenciais para que as ações e os serviços funcionem de forma integrada e coordenada é o sistema de referência e contrarreferência, entendido como um mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de atenção de uma rede de saúde⁹.

A referência compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade, ou seja, para hospitais e clínicas especializadas, enquanto a contrarreferência, compreende o trânsito para o nível de menor complexidade, justificando o encaminhamento do paciente para ser acompanhado na unidade básica mais próxima de seu domicílio. O bom funcionamento deste sistema pressupõe não só o fluxo do paciente como pessoa física, mas também a troca de informações a respeito das suas condições clínicas compartilhadas pelos profissionais dos diferentes níveis que participam do processo de cuidado¹⁰.

No Brasil, propostas a favor da coordenação das linhas de cuidado ganharam força com o modelo de atenção fundamentado na Estratégia de Saúde da Família, na qual a Atenção Primária em Saúde (APS) deveria ser a base da reorganização do modelo. Inclusive, o Ministério da Saúde estabelece como um dos fatores essenciais para a reorganização das práticas de serviço, a referência e contrarreferência, que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família (ESF)⁹.

Além do mais, o aumento significativo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em virtude das transições demográfica e epidemiológica tem exigido transformações na organização dos serviços de saúde de modo a promover melhorias na integralidade da assistência¹¹. Esse princípio está previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema¹².

Contudo, o modelo de atenção fundamentado na fragmentação entre os serviços se configura como uma realidade persistente, caracterizada pela prestação de um cuidado desarticulado, com problemas de comunicação entre os setores, justificando iniciativas e ações que facilitem a integração do cuidado na rede de atenção à saúde¹¹.

Na rede de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que compreende ações de nível estadual e municipal, o profissional farmacêutico está inserido nas unidades básicas de saúde, policlínicas, ambulatórios e hospitais terciários e quaternários. O serviço de Cuidado Farmacêutico vem sendo instituído nessa rede desde 2015, por meio de portaria que criou o serviço de Farmácia Clínica, nos núcleos e na gerência de Farmácia Hospitalar, nas unidades básicas de saúde, nas unidades de pronto atendimento e nos demais serviços de saúde que demandarem da atuação do Farmacêutico Clínico¹³.

Apesar disso, sua implementação não foi acompanhada de uma integração entre os serviços, sendo constituída de ações delimitadas e

fragmentadas, o que levou a uma inquietação dos profissionais em propor iniciativas de integração entre eles. A integração dos serviços nos diferentes níveis de atenção fornece informações que subsidiam as tomadas de decisão e o planejamento das condutas farmacêuticas, aumentando a segurança no uso de medicamentos e a resolutividade das ações em saúde^{14,15}.

Assim, esse estudo teve como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de um fluxo de contrarreferência de pacientes dos níveis secundário e terciário para o Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária da rede de saúde da SES/DF, de modo a garantir a continuidade e integralidade do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que apresenta o processo de construção e validação de um fluxo de contrarreferência de pacientes para a Atenção Primária em Saúde da rede SES/DF.

Na SES/DF, os serviços clínicos farmacêuticos foram implementados em quatorze hospitais, com foco nas unidades de terapia intensiva, unidades de pronto socorro, ambulatórios e enfermarias, além de vinte e cinco Unidades Básicas de Saúde, distribuídas em todo o território do DF.

O processo de construção do fluxo teve início em fevereiro de 2018 com a publicação, pela Diretoria de Assistência Farmacêutica da SES/DF (DIASF/SES/DF), de um grupo de trabalho (GT) composto de oito farmacêuticos atuantes nas áreas hospitalar, atenção primária e gestão da rede de saúde da SES-DF¹⁶. Para o seu desenvolvimento contou com encontros semanais entre os integrantes do grupo e farmacêuticos convidados, sendo que cada profissional participante dispunha de quatro horas semanais de dedicação ao grupo.

A primeira etapa do trabalho realizado pelo GT consistiu em um diagnóstico situacional dos serviços clínicos desenvolvidos pelos farmacêuticos em cada nível de atenção, por meio dos relatos e exposição da realidade feitos

pelos integrantes do grupo, permitindo a compreensão das atividades e dos cenários envolvidos no Cuidado Farmacêutico. Além disso, essa etapa possibilitou o esclarecimento de outros fluxos, como de dispensação de medicamentos, etapa fortemente vinculada a outras atividades clínicas farmacêuticas.

Nesse momento, foram identificados os principais entraves para a organização de uma rede de Cuidado Farmacêutico integrada: 1. ausência de fluxo de encaminhamento de usuários entre os níveis de atenção; 2. diferentes sistemas de informação em cada nível assistencial.

A partir desse diagnóstico, o grupo de trabalho passou a se reunir semanalmente para planejamento e desenvolvimento do fluxo, contando com a participação de atores chaves como o representante da Farmácia Clínica da DIASF/SES/DF e da farmacêutica gerente da farmácia do Componente Especializado do Distrito Federal. Também foi necessário integrar ao grupo um especialista em tecnologia e informática para construção de uma ferramenta de troca de informações entre os profissionais nos diferentes níveis de atenção. Ao longo do planejamento da proposta, o grupo realizou buscas na literatura e manuais organizacionais para subsidiar suas decisões, tendo como foco as redes de atenção à saúde, integralidade do cuidado e sistemas de referência e contrarreferência.

Após a construção da proposta de fluxo foi realizada uma oficina de discussão e pactuação do seu processo de validação, que contou com a participação dos farmacêuticos da rede, atuantes em nível hospitalar, na atenção especializada e na atenção primária, de modo a viabilizar a avaliação do fluxo e de suas ferramentas, bem como esclarecer o processo para o encaminhamento, percurso do usuário, processo de acolhimento e atividades clínicas as serem desenvolvidas nos serviços.

Participaram desse processo de validação, realizado entre junho e setembro de 2018, quatro hospitais e onze UBS com farmacêuticos capacitados na primeira turma do curso de Cuidado Farmacêutico, oferecido pela SES/DF

em parceria com a Universidade de Brasília. Nessa fase, os encaminhamentos se restringiram aos pacientes com DCNT, entre elas, insuficiência cardíaca, asma, diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia, que correspondem às condições sensíveis à atenção primária mais prevalentes no Distrito Federal nos últimos anos.

A validação do fluxo se deu por meio da obtenção dos indicadores: i) número de pacientes encaminhados e; ii) número de pacientes acolhidos no serviço de destino do usuário.

RESULTADOS

O principal meio de garantir a integralidade das redes de saúde é um sistema de referência e contrarreferência efetivo, que possibilite o encaminhamento mútuo de pacientes e seu acesso a diferentes níveis de complexidade dos serviços¹⁷. É importante destacar que a contrarreferência para a unidade de origem é essencial para a continuidade do atendimento¹⁸, sendo que os encaminhamentos devem ser realizados em formulário próprio da instituição e preenchido pelo profissional de nível superior responsável¹⁹.

Por meio de um processo coletivo de desenvolvimento e avaliação foi possível a construção de um fluxo de encaminhamento de pacientes para o Cuidado Farmacêutico entre os níveis de atenção (Figura 1), bem como o desenvolvimento de uma ferramenta de troca de informações entre os profissionais (Figura 2).

O fluxo de contrarreferência desenvolvido pelo GT considerou como início do processo a admissão do paciente em uma unidade de saúde da SES/DF de nível secundário ou terciário. Assim, o paciente admitido em uma unidade hospitalar com oferta de serviços clínicos farmacêuticos, poderá receber o acompanhamento farmacoterapêutico pelo profissional. Estão incluídas nesse serviço atividades como, anamnese, revisão da farmacoterapia e conciliação medicamentosa. No momento da alta hospitalar, o paciente poderá ter seus medicamentos reconciliados, juntamente com uma análise do profissional

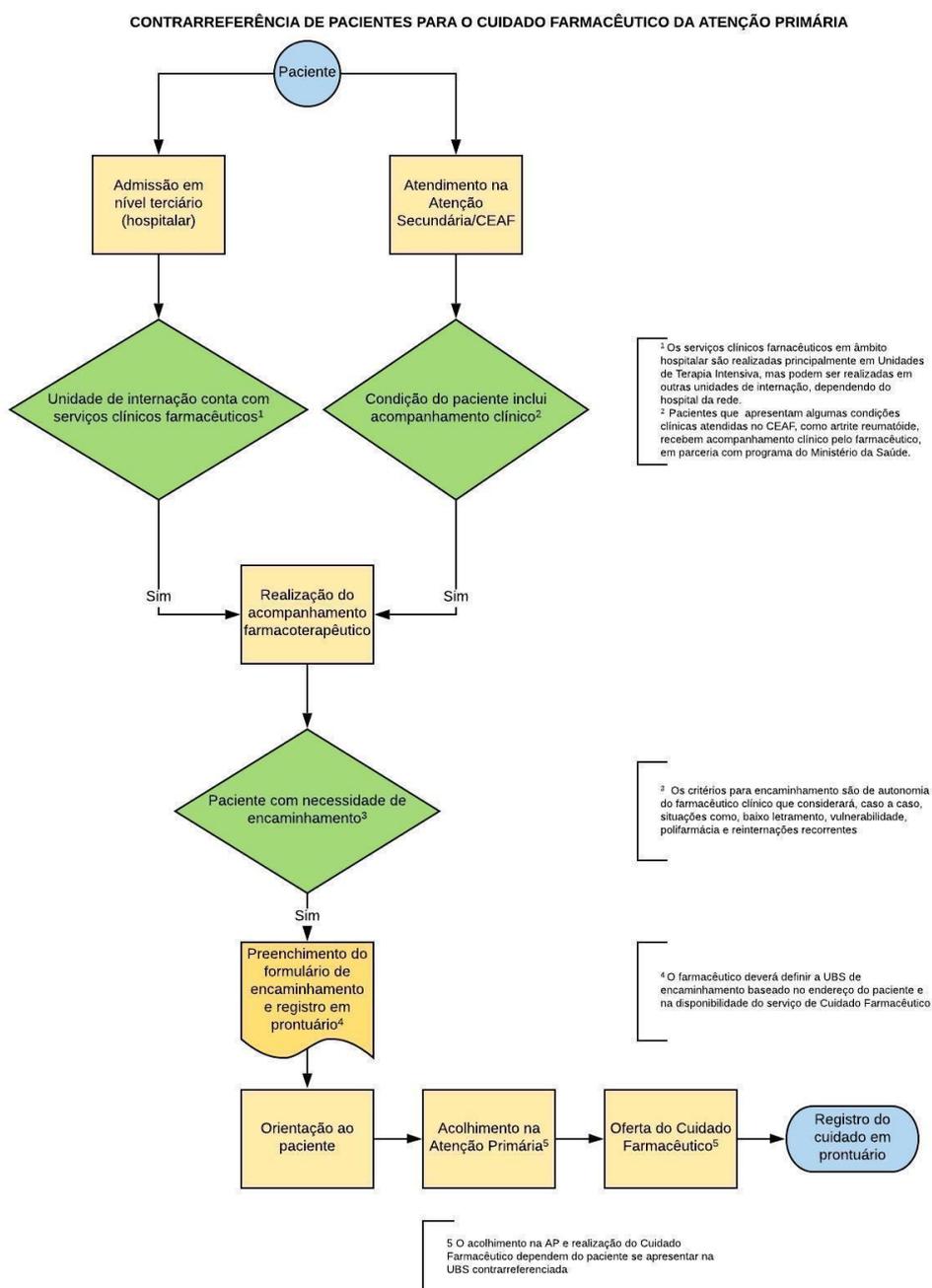
farmacêutico da necessidade de encaminhá-lo para continuidade do acompanhamento na Atenção Primária. Os critérios para encaminhamento são de autonomia do farmacêutico clínico que considerará, caso a caso, situações como, baixo letramento, vulnerabilidade, polifarmácia e reinternações recorrentes.

Por outro lado, ao receber atendimento em alguma unidade do nível secundário de atenção, como a Farmácia do Componente Especializado, os pacientes cuja condição clínica prevê o acompanhamento clínico podem ser acolhidos pelo farmacêutico que realizará o acompanhamento farmacoterapêutico e irá avaliar, da mesma forma, a necessidade de encaminhamento para o nível primário.

Uma vez identificada a oportunidade de encaminhamento, o farmacêutico deverá preencher os dados do paciente no formulário informatizado, bem como realizar todos os registros em prontuário, e prestar as orientações para que o paciente procure a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência que ofereça o Cuidado Farmacêutico, de forma a seguir seu acompanhamento farmacoterapêutico.

No momento em que o paciente é acolhido na Atenção Primária, o farmacêutico responsável registra os dados de seu acompanhamento em prontuário, possibilitando o acesso às informações por outros profissionais.

Figura 1 - Fluxo de encaminhamento de pacientes para os serviços clínicos farmacêuticos desenvolvidos na Atenção Primária à saúde da SES/DF, elaborado em 2018



Fonte: Os autores (2018)

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a coordenação do cuidado tem como essência a disponibilidade de informações (pessoais, histórico de saúde, problemas e as ações realizadas) que podem ser disponibilizadas através de sistemas de informação ou outros mecanismos de transmissão da informação e comunicação. Sendo importante que os registros estejam facilmente disponíveis por mecanismos de referência e contrarreferência e recomendações escritas aos pacientes¹⁸. (Brasil, 2011).

Nesse contexto, o formulário eletrônico (Figura 2) foi a ferramenta desenvolvida neste estudo para permitir a troca de informações e efetivar o encaminhamento proposto. Segundo a proposta de fluxo, o farmacêutico deve realizar o preenchimento do formulário informando a UBS de destino do paciente com base no seu endereço de residência, condicionado à existência de farmacêutico lotado na unidade. O formulário impresso deve ser entregue ao paciente, com as devidas orientações e demais documentos que forem necessários, como orientações de alta e Guia do Paciente. A interface desenvolvida pelo GT gera automaticamente um número de formulário e envia um alerta para o farmacêutico da UBS destino da contrarreferência, possibilitando ao profissional o acesso às informações para acolhimento e acompanhamento do paciente.

O farmacêutico da UBS de destino do paciente, ao realizar o acolhimento, preenche na tabela de interface a data do atendimento, como forma de rastreamento do encaminhamento. Caso o paciente encaminhado para a Atenção Primária não compareça à UBS, mas resida no território adstrito, o farmacêutico pode realizar uma busca ativa para efetivar o acolhimento e inserção do paciente no serviço de Cuidado Farmacêutico. As ações de encaminhamento e acolhimento devem ser registradas no prontuário do paciente.

Figura 2 - Formulário de encaminhamento de pacientes para os serviços clínicos farmacêuticos desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde da SES/DF, elaborado em 2018

Encaminhamento de paciente para serviços clínicos farmacêuticos	
CÓDIGO DO FORMULÁRIO:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
UNIDADE DE ORIGEM:	
UNIDADE DE DESTINO:	
ENDEREÇO DA UNIDADE DE SAÚDE DE DESTINO:	
NOME DO PACIENTE:	
DATA DE NASCIMENTO:	
NÚMERO SES:	
CNS:	
SEXO:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	
DADOS DO ENCAMINHAMENTO	
FARMACÊUTICO:	
<small>(RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO)</small>	
RESUMO:	
<small>(HISTÓRIA CLÍNICA)</small>	
MOTIVO DA INTERNAÇÃO:	
DIAGNÓSTICOS POSSÍVEIS:	
DIAS DE INTERNAÇÃO:	
MEDICAMENTOS EM USO:	
<small>(NOME E DOSE)</small>	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:	

Fonte: Os autores.

A proposta de fluxo pode ser aplicada a todos os pacientes, independente do diagnóstico, admitidos em qualquer nível de atenção, desde que na unidade de saúde os farmacêuticos desenvolvam serviços clínicos e o paciente tenha sido inserido na rotina do Cuidado Farmacêutico. Se no momento da alta hospitalar ou de transição do cuidado, o farmacêutico identificar a necessidade de

continuidade do serviço farmacêutico clínico, ele pode encaminhar o paciente para o cuidado profissional em outro nível de atenção.

Durante o período de validação do fluxo e da ferramenta informatizada de encaminhamento foram encaminhados dezoito pacientes de dois hospitais da rede, sendo que cinco pacientes foram acolhidos (27,8%) e acompanhados pelos farmacêuticos nas UBS contrarreferenciadas.

Embora em número reduzido, os pacientes encaminhados pelas unidades hospitalares chegaram ao farmacêutico da APS e foram acolhidos, demonstrando a viabilidade do fluxo de contrarreferência.

Após o período de validação da proposta, os dados dos encaminhamentos foram apresentados ao grupo de trabalho para discussão das limitações e potencialidades, com o objetivo de promover os ajustes necessários. Esses resultados foram descritos em um relatório e encaminhados à DIASF/SES/DF para conhecimento das ações do grupo e para possibilitar a normatização do fluxo como rotina do serviço farmacêutico na rede de atenção à saúde do DF.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento de um fluxo de contrarreferência para o cenário do Cuidado Farmacêutico na rede de saúde SES/DF se deu em decorrência da lacuna identificada nos serviços para garantia da continuidade do cuidado na APS. Como relatado por Serra e Rodrigues⁹, a inexistência ou a precariedade da contrarreferência configura um dos principais problemas que prejudicam a integralidade do cuidado aos pacientes.

Corroborando com esses achados, Bousquat e colaboradores²⁰ ressaltam a necessidade de adaptação da coordenação do cuidado aos diferentes contextos, fortemente apoiada por sistemas que facilitem a comunicação entre os serviços. A realidade dos serviços mostra que as tradicionais guias de referência e contrarreferência constituem-se como instrumentos conservadores e burocráticos, insuficientes para a organização das redes de atenção à saúde e garantia da comunicação interprofissional.

Nesse sentido, torna-se fundamental o envolvimento dos profissionais que operam os serviços de saúde para estruturação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes em uma rede de atenção articulada, superando, assim, a hierarquização burocrática e fragmentada no acesso aos serviços de saúde²¹.

O compartilhamento de informações e dados dos usuários por meio dos sistemas de informação tem se mostrado uma importante ferramenta para superar a segmentação da rede assistencial e a ausência de comunicação entre os serviços e profissionais²².

No estudo realizado por Aleluia e colaboradores¹¹, gestores e profissionais apontaram como principais motivos para a ausência da contrarreferência a frágil articulação da rede de atenção, a inexistência de sistemas informatizados e de tecnologias de comunicação, bem como a falta de conscientização, hábito e empenho dos profissionais, evidenciando a baixa participação dos níveis secundário e terciário na integração da rede do município nordestino estudado. Como descrito pelos autores,

“Esses problemas também são frequentes em outros sistemas locais de saúde, em que a baixa comunicação interprofissional e a ausência de tecnologias de informação e comunicação comprometem a garantia da integralidade do cuidado”¹¹.

Esses dados reunidos corroboram a importância da construção coletiva do fluxo de encaminhamento de contrarreferência de usuários para o Cuidado Farmacêutico na APS, que contou com a participação de farmacêuticos atuantes nos diferentes níveis de atenção da rede de saúde do DF. Ademais, o apoio técnico do especialista em tecnologia da informação foi fundamental para assegurar o uso de um sistema informatizado para viabilizar a comunicação interprofissional nos diferentes níveis de atenção.

Fratini²³, ao propor um modelo de contrarreferência de altas especiais, visando a desospitalização de pacientes, identificou que os pacientes

apresentavam muitas dúvidas em relação às receitas médicas no momento da alta hospitalar e ressaltou a importância de o paciente receber orientações específicas sobre o uso racional de medicamentos.

Cabe ressaltar que a morbimortalidade provocada por medicamentos constitui-se como problema de saúde pública, amplamente divulgado por estudos que mostram números alarmantes de internações hospitalares e mortes provocadas por medicamentos²⁴.

Um estudo que analisou as possíveis explicações para a falta de contrarreferência entre unidades de atendimento a idosos elencou algumas dificuldades, a saber: resistência do paciente em ser contrarreferenciado; dificuldades no percurso e localização do serviço contrarreferenciado devido a falhas no repasse das informações; falta de instrumentos para busca ativa e monitoramento dos pacientes contrarreferenciados²⁵.

No presente estudo, as dificuldades no percurso e no repasse de informações foram minimizadas através do formulário de encaminhamento, que traz as informações referentes ao local de destino do usuário, além de fornecer informações também ao profissional farmacêutico, possibilitando a busca ativa do paciente.

A dificuldade em convencer o paciente em ser contrarreferenciado também foi percebida pelo grupo. De fato, um grande número de pacientes contrarreferenciados não compareceu à UBS para acompanhamento farmacêutico, o que pode ser justificado considerando alguns fatores: i) grande distância entre a UBS contrarreferenciada e o local de residência do paciente, tendo em vista o número reduzido de unidades de saúde com Cuidado Farmacêutico participantes da validação do fluxo e, conseqüente, dificuldade de promover o encaminhamento para uma UBS no território adstrito do paciente; ii) falta de vínculo do paciente com a UBS contrarreferenciada por não ser no território adstrito; iii) dificuldade do farmacêutico da APS em realizar a busca ativa de pacientes de outros territórios; iv) não cadastramento do farmacêutico no sistema informatizado para encaminhamento do paciente; v) falta de interesse

do paciente ao acompanhamento farmacoterapêutico por desconhecimento dos benefícios do serviço; vi) falta de motivação do profissional em alterar a rotina de trabalho com a implementação de um instrumento novo, sobretudo para realização de busca ativa de pacientes.

Ressalta-se ainda que, por se tratar de um período de avaliação da implantação do instrumento, os resultados podem estar condicionados a um viés de convencimento e engajamento dos profissionais envolvidos, reforçando a necessidade de incentivar a implementação e a manutenção do novo serviço na rotina, além de assegurar os recursos necessários para a execução das atividades.

Ainda assim, há perspectivas de avanços no processo de encaminhamento de usuários devido à capacitação de mais profissionais pelo Projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária do DF, com a ampliação do número de UBS com farmacêuticos clínicos de onze, no período da validação, para vinte e cinco unidades; expansão do fluxo para todas as unidades hospitalares da SES/DF; possibilidade de encaminhamento de qualquer paciente, independente de critérios de inclusão; expansão da atuação dos farmacêuticos hospitalares para além das unidades de terapia intensiva, incluindo também as enfermarias dos hospitais da rede.

Como limitação do estudo pontua-se o fato da discussão e desenvolvimento do fluxo ter envolvido apenas farmacêuticos, reduzindo a potencialidade da ampliação do processo de encaminhamento entre os demais profissionais de saúde e fortalecimento do cuidado integral e compartilhado ao usuário. Além do mais, o formulário de encaminhamento e o fluxo propriamente dito não passaram por uma validação sistemática, com o emprego de técnicas de consenso, como Método Delphi e realização de grupo focal, que permitem a participação de especialistas no tema, como docentes, gestores, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde, para a obtenção fundamentada de subsídios para avaliação das ferramentas e estruturação do processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças no perfil de doenças da população e a necessidade de integração da rede e continuidade dos cuidados aos pacientes torna indispensável a viabilização de um instrumento de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção que promova o acesso dos usuários e a melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Esse estudo possibilitou o desenvolvimento de um fluxo adaptado à realidade do Distrito Federal e, apesar do número de pacientes acolhidos ter sido pequeno, devido aos fatores limitantes do processo, o fluxo se mostrou efetivo.

Embora tenha sido desenvolvido para o Cuidado Farmacêutico, a proposta é passível de ser utilizada por qualquer categoria profissional e espera-se que, através do relato dos procedimentos desse estudo, seja possível a outros profissionais refazerem o caminho, adequar o processo à sua rotina e garantir o cuidado integral aos usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Cazarim, MS, Freitas O, Penaforte TR, Achcar A, Pereira LRL. Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge. *J Plos One*, San Francisco. 2016 Jun 15; 11(6).
2. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Am J Hosp Pharm*. 1990 Nov; 24(11):1093-97.
3. Brasil. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
5. Alhaddad MS. Youth experience with community pharmacy services and their perceptions toward implementation of Medication Therapy Management services by community pharmacists in the western region of Saudi Arabia. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*. 2019;53(1):95–99.

6. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2008;44(4).
7. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM, Marques GQ. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2017;22(3).
8. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp Junior H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud colectiva*. 2016; 12(1):113-23.
9. Serra CG, Rodrigues PH. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3579-86.
10. Possuelo L, Reis AJ, Rosa AW, Poli H, Battisiti F, Sartori MS, Moraes M. Tuberculose: um estudo sobre referência em serviços de saúde. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2012;2(3):89-93.
11. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasboas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(6):1845-56.
12. Brasil. Lei Federal nº 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
13. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria SES nº 187 de 23 de julho de 2015. Cria o Serviço de Farmácia Clínica, nos Núcleos e na Gerência de Farmácia Hospitalar, nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Pronto Atendimento e nos demais serviços de saúde que demandarem da atuação do Farmacêutico Clínico. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2015b.
14. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(2):158-71.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 227 p.

16. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Ordem de Serviço nº 34, de 26 de fevereiro de 2018. Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2018. Seção II, 19 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.
19. Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(4):469-75.
20. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1141-54.
21. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Junior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1283-93.
22. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(2): 286-98.
23. Fratini JRG. Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde. 80fl. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.
24. Santos GAS, Boing AC. Mortalidade e internações hospitalares por intoxicações e reações adversas a medicamentos no Brasil: análise de 2000 a 2014. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(6).
25. Pereira VR. A construção da contrarreferência como elemento para estruturação da Rede de Atenção ao Idoso: o papel das pactuações entre duas unidades de saúde do DF para este processo. 81fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, UnB, Brasília, 2013.