

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas**

**Ivana Di Pietro Carvalho**

**CARACTERÍSTICAS DA FORÇA DO TRABALHO DO FARMACÊUTICO NO  
CUIDADO EM SAÚDE PARA A TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS DA  
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE DIAMANTINA, MINAS  
GERAIS, BRASIL**

**Diamantina**

**2019**



**Ivana Di Pietro Carvalho**

**CARACTERÍSTICAS DA FORÇA DO TRABALHO DO FARMACÊUTICO NO  
CUIDADO EM SAÚDE PARA A TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS DA  
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE DIAMANTINA, MINAS  
GERAIS, BRASIL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Delba Fonseca Santos

**Diamantina**

**2019**

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C331c

Carvalho, Ivana Di Pietro

Características da força do trabalho do farmacêutico no cuidado em saúde para a tuberculose nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil / Ivana Di Pietro Carvalho, 2019.

119 p. :il.

Orientadora: Delba Fonseca Santos

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Dimantina, 2019.

1. Assistência farmacêutica. 2. Atenção primária à saúde. 3. Relações interprofissionais. 4. Assistência centrada no paciente. 5. Tuberculose. I. Santos, Delba Fonseca. II. Título. III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

**CDD 616.995**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecária Nádia Santos Barbosa – CRB6/3468

IVANA DI PIETRO CARVALHO

**CARACTERÍSTICAS DA FORÇA DO TRABALHO DO FARMACÊUTICO NO  
CUIDADO EM SAÚDE PARA A TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS DA  
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE DIAMANTINA, MINAS  
GERAIS, BRASIL**

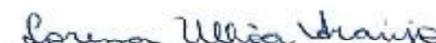
Dissertação apresentada ao  
MESTRADO EM CIÊNCIAS  
FARMACÊUTICAS, nível de  
MESTRADO como parte dos requisitos  
para obtenção do título de MESTRA  
EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Delba  
Fonseca Santos

Data da aprovação : 31/05/2019



Prof. Dr.<sup>a</sup> DELBA FONSECA SANTOS - UFVJM



Prof. Dr.<sup>a</sup> LORENA ULHOA ARAUJO - UFVJM



Prof. Dr.<sup>a</sup> KELLY CRISTINA KATO - UFVJM

DIAMANTINA



## AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar os meus passos e nunca me desamparar.

Aos meus pais por serem tão presentes em minha vida. É muito bom saber que sempre posso contar com vocês.

À minha irmã Carolina por toda ajuda durante o mestrado.

Às minhas irmãs Fernanda e Renata e, à minha irmãzinha do coração, Joyce pelo apoio.

À Márcia pelo incentivo e carinho de sempre.

A todos os farmacêuticos que participaram do estudo e que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

À Superintendência Regional de Saúde de Diamantina por possibilitar a realização deste trabalho.

À professora Dr<sup>a</sup>. Delba Fonseca Santos pela oportunidade, orientação e incentivo.

À Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas por todo conhecimento adquirido.



## RESUMO

A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública mundial e o Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo. Diferentes estratégias são desenvolvidas para um controle mais eficaz da doença. O presente estudo epidemiológico descritivo foi realizado com 35 farmacêuticos das farmácias públicas dos municípios que compõem a Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Diamantina no período de agosto a outubro de 2018. Este trabalho tem como objetivo caracterizar a força de trabalho do farmacêutico na Assistência Farmacêutica (AF) nos cuidados em saúde aos pacientes com TB na Atenção Primária. Foram investigadas características dos farmacêuticos como: idade, gênero, formação, anos trabalhando na AF e recebimento de treinamento em cuidados sobre TB. O conhecimento sobre a TB, atitudes e práticas também foram avaliados. Os participantes foram questionados sobre atendimento ao paciente, gestão do serviço e interdisciplinaridade profissional. Dos 35 farmacêuticos que participaram da pesquisa, 31 (88,6%) responderam possuir conhecimento sobre a educação interprofissional e 15 (42,9%) consideraram boa interação com outros profissionais de saúde. Várias lacunas foram identificadas na descrição do cuidado em saúde sobre a TB pelos farmacêuticos entrevistados, tais como o desconhecimento sobre a Estratégia Global e Metas para Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose (57,1%) e sobre o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose (PNFT) (71,4%). Ressalta-se que 88,6% das repostas dos farmacêuticos mostraram que os medicamentos para o tratamento da TB eram armazenados na farmácia pública, e embora 62,9% afirmaram possuir a responsabilidade pela dispensação desses medicamentos, a responsabilidade pelo Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi em 60,0% pelo enfermeiro. Sobre a percepção dos farmacêuticos para o planejamento dos cuidados em saúde para a TB, consideraram muito importante a escolaridade dos pacientes e das famílias (74,3%), a compreensão das implicações da educação em saúde (85,7%), o reconhecimento do significado do tratamento médico (80,0%) e o treinamento profissional para aprimorar conhecimentos e habilidades para prestação do serviço (65,7%). A maioria dos farmacêuticos relatou que devem ser compartilhadas com outras profissões as seguintes atividades: educação do paciente (94,3%), monitorização de sintomas (82,8%), fornecer outros serviços de cuidado em saúde (82,8%), assumir a responsabilidade legal pelas ações da equipe (77,1%) e co-organizar as atividades da equipe (71,4%). O relato dos profissionais estudados mostrou concordância plena de que o conhecimento profissional e a habilidade do trabalho em equipe são fundamentais para: tratamento integral do paciente (60,0%); melhor suporte aos cuidadores familiares (42,8%); atender melhor às necessidades quando comparado com outras formas de

trabalho (34,3%); e ainda, melhorar a qualidade do cuidado (31,4%). Diante do desconhecimento de grande parte dos profissionais sobre a Estratégia Global e Metas para Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose e sobre o PNFT, assim como a pouca participação do farmacêutico na realização do TDO, uma maior integração deste profissional na gestão e acompanhamento do paciente com TB é uma estratégia para a obtenção de um cuidado de maior qualidade e o alcance das metas estabelecidas no PNFT.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Relações Interprofissionais. Assistência Centrada no Paciente. Tuberculose.

## ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a serious global public health problem and Brazil is one of the countries with the highest number of cases in the world. Different strategies are developed for more effective disease control. The present descriptive epidemiological study was carried out with 35 pharmacists from the public pharmacies of the municipalities that compose the Regional Superintendence of Health of Diamantina from August to October 2018. This study aims to characterize the pharmacist's workforce in the Pharmaceutical Services in health care for patients with TB in Primary Care. Characteristics of pharmacists were investigated as: age, gender, training, years working with Pharmaceutical Services and receiving training in TB care. Knowledge about TB, attitudes and practices was also evaluated. Participants were questioned about patient care, service management and professional interdisciplinarity. Of the 35 pharmacists that participated in the research, 31 (88.6%) answered knowledge about interprofessional education and 15 (42.9%) considered good interaction with other health professionals. Several gaps were identified in the description of TB health care by the interviewed pharmacists, such as the lack of knowledge about the Global Strategy and Targets for Prevention, Attention and Control of Tuberculosis (57.1%) and the National Plan for Ending Tuberculosis (71.4%). It is noteworthy that 88.6% of pharmacists' responses showed that TB drugs were stored in the public pharmacy, and although 62.9% claimed responsibility for the dispensing of these drugs, the responsibility for Directly Observed Treatment was 60.0% by the nurse. Regarding the perception of pharmacists in the planning of health care for TB, they considered very important the education of patients and families (74.3%), understanding the implications of health education (85.7%), recognition of the meaning of medical treatment (80.0%) and professional training to improve knowledge and skills to provide the service (65.7%). Most pharmacists reported that the following activities should be shared with other professions: patient education (94.3%), symptom monitoring (82.8%), other health care services (82.8%), take legal responsibility for team actions (77.1%) and co-organize team activities (71.4%). The report of the professionals studied showed full agreement that professional knowledge and the ability of teamwork are fundamental for: integral treatment of the patient (60.0%); better support to family caregivers (42.8%); better meet the needs when compared to other forms of work (34.3%); and to improve the quality of care (31.4%). In view of the lack of knowledge of many professionals about the Global Strategy and Targets for Prevention, Attention and Control of Tuberculosis and about National Plan for Ending Tuberculosis, as well as the low participation of the pharmacist in the implementation of

Directly Observed Treatment, a greater integration of this professional in the management and follow-up of the patient with TB is a strategy for achieving higher quality care and achieving the goals set out in the National Plan for Ending Tuberculosis.

**Key words:** Pharmaceutical Services. Primary Health Care. Interprofessional Relations. Patient-Centered Care. Tuberculosis.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Correlação Educação Interprofissional e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. ....	21
Figura 2 - Diagrama da prática farmacêutica no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. ....	27
Figura 3 - Atribuições dos farmacêuticos no Programa Rede Farmácia de Minas. ....	30
Figura 4 - Antecedentes da Estratégia pelo Fim da Tuberculose. ....	35
Figura 5 - Classificação de países prioritários quanto à carga da tuberculose, tuberculose multidrogarresistente e tuberculose associada ao HIV para o período de 2016 a 2020. ....	37
Figura 6 - Carga da tuberculose no mundo segundo a Organização Mundial da Saúde, 2016.	39
Gráfico 1 - Tratamento Diretamente Observado nos casos de tuberculose da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, 2016 a 2018. ....	74
Gráfico 2 - Casos confirmados de tuberculose por município de residência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, 2016 a 2018. ....	74
Mapa 1 - Mapa das Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais, 2014. ....	51
Quadro 1 - Pilares e princípios da Estratégia pelo Fim da Tuberculose.....	28
Quadro 2 - Sugestão de indicadores de impacto, resultado e processo a serem monitorados pelos programas de controle da tuberculose. ....	41



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos farmacêuticos da Farmácia Pública na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=35). .....	56
Tabela 2 - Descrição do cuidado em saúde sobre a Tuberculose pelos farmacêuticos da Farmácia Pública na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=35). .....	57
Tabela 3 - Percepção dos farmacêuticos para o planejamento dos cuidados em saúde para a Tuberculose na região de abrangência.....	59
Tabela 4 - Percepção da interação entre os farmacêuticos e outros profissionais nos cuidados em saúde para a Tuberculose na região de .....	61
Tabela 5 - Percepção dos farmacêuticos enquanto membro de uma equipe de saúde para os cuidados em saúde para a Tuberculose na.....	63
Tabela 6 - Percepção dos farmacêuticos sobre o conhecimento profissional e habilidades das equipes de cuidados de saúde para avaliar e.....	65
Tabela 7 - Características clínicas dos casos notificados de tuberculose na Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, 2016 a 2018. ....	72



## LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

AF - Assistência Farmacêutica

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAIPE - Centro para o Avanço da Educação Interprofissional

CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica

CIHC - Canadian Interprofessional Health Collaborative

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

CISAJE - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha

DOTS - Directly Observed Treatment Short Course

E - Etambutol

EIP - Educação Interprofissional

FIP - International Pharmaceutical Federation

GRS - Gerência Regional de Saúde

GTM - Gerenciamento da Terapia Medicamentosa

H - Isoniazida

HIV- Human Immunodeficiency Virus

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

ILTB - Infecção Latente da Tuberculose

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

MG - Minas Gerais

MS - Ministério da Saúde

NAF - Núcleo de Assistência Farmacêutica

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NASF AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde  
PAHO - Pan American Health Organization  
PIB - Produto Interno Bruto  
PIC - Prática Interprofissional Colaborativa  
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica  
PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos  
PNCT- Programa Nacional de Controle da Tuberculose  
PNFT - Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose  
PNM - Política Nacional de Medicamentos  
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
R - Rifampicina  
RAS - Redes de Atenção à Saúde  
RFM - Rede Farmácia de Minas  
SES - Secretaria de Estado de Saúde  
SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica  
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SRS - Superintendência Regional de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TB - Tuberculose  
TB-DR - Tuberculose Drogarresistente  
TB-MDR - Tuberculose Multidrogarresistente  
TB-MR - Tuberculose Multirresistente  
TB-RR - Tuberculose Resistente à Rifampicina  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TDO - Tratamento Diretamente Observado  
TRM - TB - Teste Rápido Molecular para Tuberculose  
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo  
WHO - *World Health Organization*  
Z - Pirazinamida

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>23</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 Força do trabalho do farmacêutico na Assistência Farmacêutica .....</b>	<b>26</b>
3.2.1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica .....	26
3.2.2 Programa Rede Farmácia de Minas.....	28
3.2.3 Núcleo de Assistência Farmacêutica na Superintendência Regional de Saúde de Diamantina .....	30
<b>3.3 Tuberculose .....</b>	<b>31</b>
3.3.1 Panorama Epidemiológico.....	31
3.3.2 Prioridades nas Agendas Internacional e Nacional no Controle da Tuberculose..	33
3.3.3 Coinfecção Tuberculose / HIV e multirresistência .....	38
3.3.4 Monitoramento e avaliação: sugestão de indicadores de impacto, resultado e processo a serem monitorados pelos programas de controle da tuberculose .....	40
3.3.5 A doença.....	42
3.3.6 Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica .....	43
<b>3.4 Serviços farmacêuticos destinados aos pacientes com tuberculose: interface entre o Programa Rede Farmácia de Minas e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica .....</b>	<b>45</b>
<b>3.5 A educação interprofissional: estratégia para implementar a força do trabalho do farmacêutico em equipe .....</b>	<b>47</b>
<b>3.6 Desafios da educação farmacêutica no monitoramento e avaliação da tuberculose .....</b>	<b>48</b>
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>51</b>

<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>67</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO A- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FARMACÊUTICOS .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO D - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>	<b>119</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com a implantação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreram mudanças no financiamento e acesso aos medicamentos essenciais, entre as quais se destacam a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) que reafirmaram a AF como parte indissociável do sistema de saúde, e reconheceram a necessidade do desenvolvimento de recursos humanos (ARAÚJO et al., 2008).

A força do trabalho do profissional farmacêutico na AF é realizada em duas vertentes, na gestão técnica e na gestão clínica do medicamento. A gestão técnica da AF se caracteriza como um conjunto de atividades interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos, que incluem a produção, a seleção, a programação, a aquisição, a distribuição, o armazenamento e a dispensação dos medicamentos (PERINI, 2003; MARIN et al., 2003). Em contrapartida, a gestão clínica está relacionada com a atenção à saúde e os resultados terapêuticos efetivamente obtidos, como foco principal no processo de cuidado do paciente (SOLER et al., 2010).

Neste contexto, a força do trabalho na AF constitui um dos sistemas de apoio das redes de atenção à saúde (RAS), com foco na garantia do acesso e do uso racional de medicamentos. Estes são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da AF e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011).

O acesso aos medicamentos depende de um financiamento sustentado da AF que é responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A Portaria nº 204/2007 institui o financiamento em blocos, sendo o bloco da AF constituído por três componentes: Básico, Estratégico e Especializado (BRASIL, 2007a).

Recentemente houve mudança no modelo de financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde do SUS com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

O Componente Estratégico da AF (CESAF) destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças, agravos ou condições de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS (BRASIL, 2018a).

Os medicamentos do CESAF são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde (MS) e distribuídos à Secretaria de Estado de Saúde (SES), que os armazenam e

distribuem aos municípios de seus territórios, conforme demanda epidemiológica. Os municípios, por sua vez, assumem as responsabilidades pelo acesso adequado à população (BRASIL, 2018a).

Os programas estratégicos são: controle de endemias, tais como a TB, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; anti-retrovirais dos Programas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) /AIDS, Sangue e Hemoderivados e Imunobiológicos (BRASIL, 2007b).

O Brasil é um dos países com maior número de casos de TB no mundo e, desde 2003, a doença foi considerada como prioritária na agenda política do MS. Embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita pelo SUS, ainda existem barreiras no acesso e acontecem 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano, tendo como causa básica a TB (BRASIL, 2017b).

Os medicamentos estratégicos são utilizados em doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores. Para tanto, como parte do esforço global para redução do coeficiente de incidência e mortalidade da TB, o MS possui o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e mais recentemente, instituiu o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose (PNFT). É importante também considerar a força do trabalho do farmacêutico no cuidado aos pacientes com TB na organização dos serviços técnicos e clínicos na atenção primária, como imprescindível para atingir as metas estabelecidas e recomendadas de monitoramento e avaliação, como ferramenta para a priorização de ações em todas as esferas de gestão (BRASIL, 2017b).

A má qualidade dos cuidados com a TB é um fator que dificulta o controle dessa doença em todo o mundo, embora medicamentos eficazes estejam disponíveis há quase 40 anos (ABROGOUA et al., 2016). Em 2017, foram estimados 10 milhões de casos novos, e a taxa de sucesso do tratamento, em 2016, foi de 82 % (WHO, 2018).

Nesse sentido, destaca-se a importância de ressignificar a AF para superar os desafios e avançar progressivamente na melhoria do cuidado ao paciente com TB para o alcance de resultados mais satisfatórios (BRASIL, 2018a).

A provisão dos serviços farmacêuticos como a educação em saúde e o monitoramento farmacoterapêutico podem trazer contribuições singulares à saúde das pessoas com TB através da otimização da utilização dos medicamentos (BRASIL, 2016).

A força do trabalho do farmacêutico está trilhando um caminho de profundas mudanças, voltada a uma participação mais ativa no processo de cuidado ao paciente, à família

e à comunidade. Neste aspecto, os serviços farmacêuticos vêm de encontro com o alcance das metas previstas pelo PNFT, que estabelece três pilares para o cuidado ao paciente com TB. Sendo o primeiro a prevenção e o cuidado integrado e centrado no paciente, o segundo as políticas arrojadas e sistemas de apoio e o terceiro a intensificação da pesquisa e inovação (BRASIL, 2017b).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) da TB consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) do medicamento sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os atores (BRASIL, 2011).

O TDO é uma estratégia valiosa para vincular o indivíduo aos cuidados e ao serviço. Além disso, durante o TDO é possível identificar dificuldades enfrentadas pelos pacientes e intervir oportunamente frente a situações que representem riscos à tomada dos medicamentos (BRASIL, 2018b)

Os esforços para melhorar a conscientização dos pacientes com TB, como o aconselhamento e a educação, podem aumentar a adesão e, portanto, melhorar os resultados do tratamento e a qualidade de vida do paciente (THOMAS et al., 2018).

Apesar de ser uma estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que se mostra eficaz para promover a adesão ao tratamento, o TDO sozinho pode ser inadequado. Pesquisadores sugerem a suplementação e, assim, o fortalecimento do TDO com outras estratégias (CLARK et al., 2007). De fato, uma revisão sistemática, avaliando a efetividade de estratégias para promover a adesão ao tratamento, encontrou que o TDO modificado (combinado a outras intervenções) pode aumentar a adesão (TANVEJSILP et al., 2017).

Clarck et al. (2007) confirmaram o papel valioso do farmacêutico no cuidado à TB. A adesão dos pacientes ao tratamento melhorou quando o farmacêutico forneceu educação sobre o uso de medicamentos e abordou os problemas de atendimento farmacêutico.

Portanto, o farmacêutico ao realizar o TDO terá a oportunidade de acompanhar o paciente mais de perto e fazer as intervenções que forem necessárias ao implementar os serviços clínicos farmacêuticos.

O Pilar 2 do PNFT apresenta como um dos seus objetivos o fomento de ações para garantir a realização das atividades de cuidado e prevenção da doença com recursos adequados. Para isso, são apresentadas algumas estratégias como disponibilizar, em tempo oportuno, medicamentos para o tratamento de todas as formas de TB e utilizar ferramenta informatizada para monitoramento do estoque de medicamentos de primeira linha (BRASIL, 2017b).

Considerando que o manejo da TB é multidisciplinar, é necessário que os farmacêuticos assumam o seu papel na gestão desta doença e que cada profissional de saúde atue de forma eficaz na luta contra a TB (ABROGOUA et al., 2016).

Desse modo, avanços na força do trabalho do farmacêutico na AF acompanharam os dez anos de existência dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), caracterizados como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada e compartilhada com as equipes de Saúde da Família e as equipes de Atenção Básica (AB). Neste espaço, as gestões técnica e clínica contemplam etapas que envolvem o medicamento, desde sua seleção até a análise de seu uso por um indivíduo e pela comunidade. Estas etapas não podem ser trabalhadas de forma isolada, contudo é possível conciliá-las em três grupos para auxiliar o raciocínio: gestão técnica do medicamento, atuação do farmacêutico junto às equipes multiprofissionais da AB e cuidado farmacêutico (BRASIL, 2018c).

Esta perspectiva da equipe multiprofissional avança em relação à concepção da importância da educação interprofissional que atualmente apresenta-se como a principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde (BATISTA, 2012) (FIG.1).

**Figura 1 - Correlação Educação Interprofissional e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.**



Fonte: Elaboração própria, 2019.

\* NASF AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

Nos sistemas de saúde, a educação interprofissional é uma necessidade para melhorar as relações entre os profissionais, o funcionamento da equipe e os resultados para os pacientes. Além disso, pode promover o aumento do conhecimento e do valor percebido dos diferentes papéis interprofissionais, e redirecionar as metas profissionais para as identidades da equipe e objetivos compartilhados. Possibilita ainda alcançar um ambiente de saúde mais seguro e profissionais mais satisfeitos (THOMSON et al., 2015; SPINEWINE et al., 2018; FOX et al., 2018).



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar a força do trabalho do farmacêutico na AF em uma equipe interprofissional nos cuidados em saúde aos pacientes com TB na Atenção Primária, dos municípios de abrangência da SRS de Diamantina, Minas Gerais (MG), Brasil.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Traçar o perfil socioeconômico do farmacêutico que atua na farmácia pública municipal da região de abrangência da SRS de Diamantina.
- Caracterizar a percepção dos farmacêuticos sobre o trabalho em equipe interprofissional.
- Caracterizar os aspectos estruturais e operacionais da dispensação dos medicamentos para o tratamento da TB na região de abrangência da SRS de Diamantina.



### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde**

O SUS, desde sua regulamentação em 1990, vem implementando diversas estratégias para efetivar a AF como uma política pública, indispensável à integralidade da atenção à saúde como direito social e dever do Estado. Os esforços expressam ampliação do acesso a medicamentos pela população e desafios para as mudanças necessárias na organização dos serviços farmacêuticos no país (COSTA et al., 2017a).

Os principais avanços ocorreram após a aprovação da PNM e da PNAF. A PNM foi aprovada através da Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 e tem como propósito “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. Neste processo, a PNAF foi instituída com o objetivo de regulamentar a AF como componente fundamental da política de saúde adotada a partir da criação do SUS. Segundo esta diretriz, AF trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional, na perspectiva da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Outro avanço legal foi a regulamentação da Portaria GM nº 204 de 29 de janeiro de 2007, que estabeleceu que o financiamento da AF é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) sendo pactuadas as normas para a execução e as responsabilidades no âmbito da CIT. No SUS, a AF é dividida em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado (BRASIL, 2007a).

O CESAFA destina-se a garantir o acesso a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou para populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS. Neste Componente são disponibilizados medicamentos para pessoas acometidas por TB, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza (BRASIL, 2018d).

## **3.2 Força do trabalho do farmacêutico na Assistência Farmacêutica**

### **3.2.1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica**

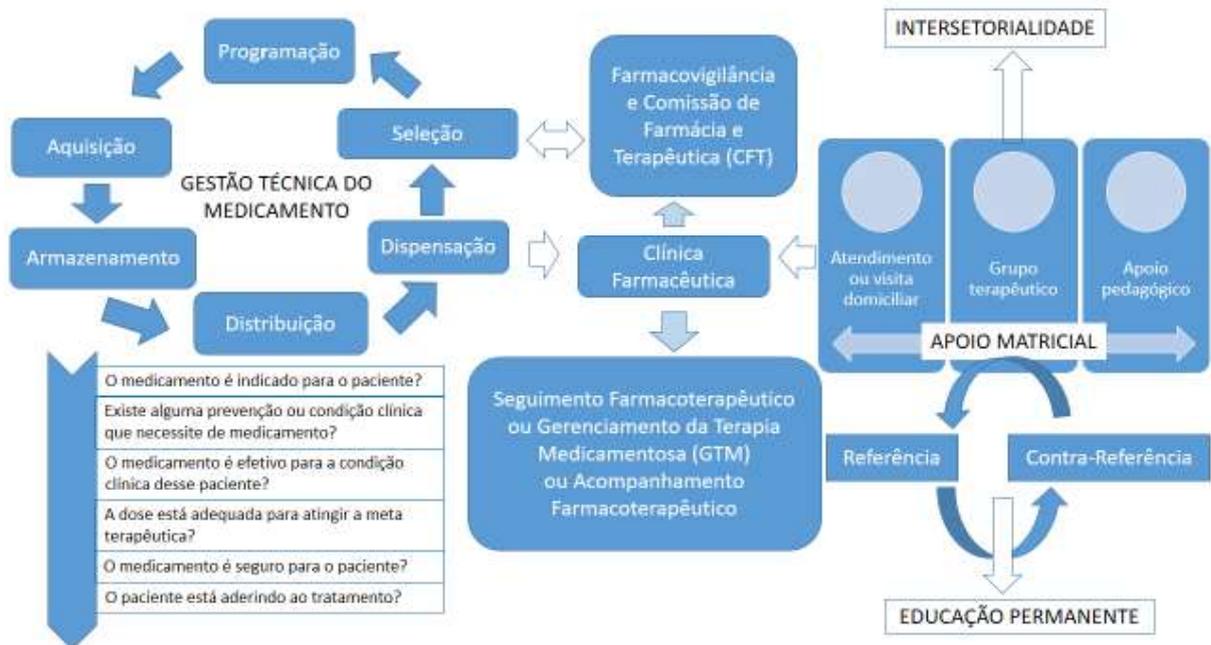
A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2017c).

Destacamos que entre os desafios se encontram a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na AB. Assim, em 2008, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para qualificar e ampliar o escopo de ações da AB. Atualmente, os NASF são regulamentados pela Portaria de Consolidação nº 2, com a nova denominação de NASF AB, e são equipes multiprofissionais que trabalham integradas e compartilhadas com as equipes de Saúde da Família e as equipes de AB (BRASIL, 2017c).

Desse modo, para avançar no PNCT e também no PNFT, é necessário dar ênfase em estabelecer como prática, na AB por meio do NASF AB, os três pilares, sendo o primeiro voltado para a atenção ao paciente, o segundo para o componente social e o terceiro para a pesquisa e inovação. Assim, será possível o alcance da meta de redução do coeficiente de incidência de TB para menos de 10 casos por 100 mil habitantes. O que representa o fim da TB como problema de saúde pública e pode marcar uma nova etapa no cenário do controle da doença: a eliminação, caracterizada por menos de um caso por um milhão de habitantes (BRASIL, 2017b).

Nesse sentido, o farmacêutico, como membro do NASF AB, contribui para a promoção da efetividade e segurança da farmacoterapia ao paciente com TB (FIG. 2). Autores observaram que a participação desse profissional na equipe de saúde esteve associada à diminuição da taxa de mortalidade, tempo de internação e retorno ao serviço de emergência, bem como à melhoria da relação hospitalização/readmissão. Observou-se, ainda, melhoria da segurança do paciente avaliando-se a incidência de eventos adversos, reações adversas e erros de medicação (CHISHOLM-BURNS et al., 2010).

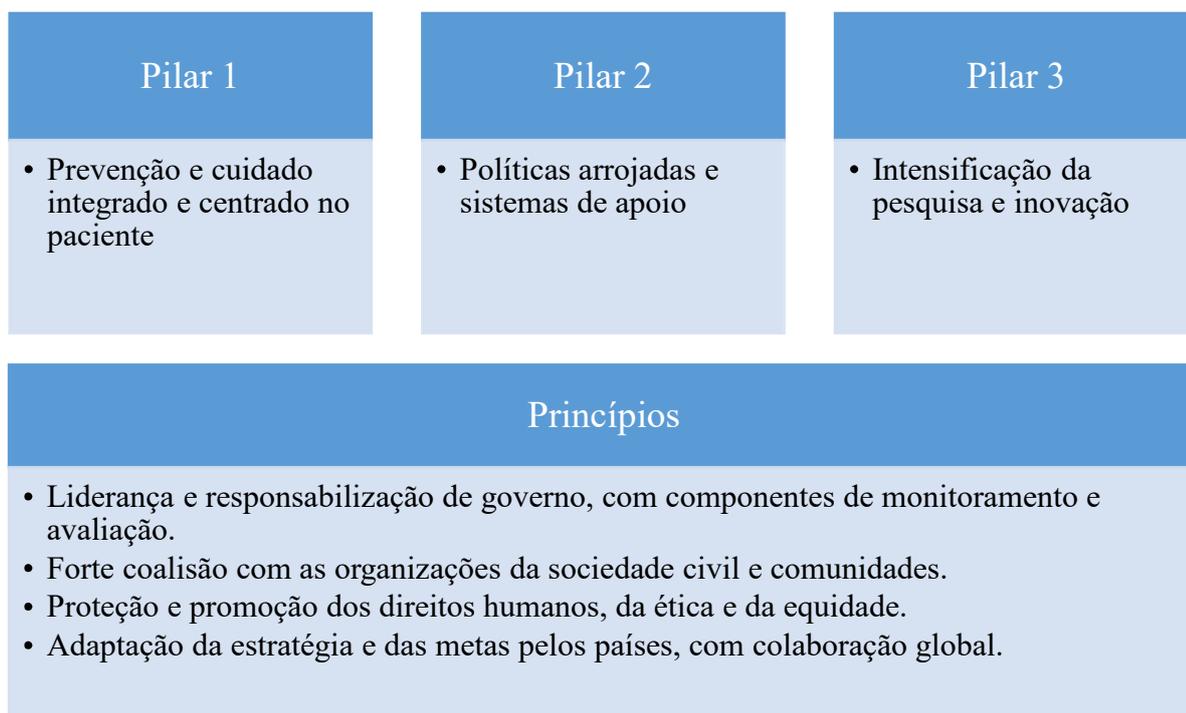
**Figura 2 - Diagrama da prática farmacêutica no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.**



Fonte: Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, Brasil, 2018.

É importante lembrar que embora a eficácia do esquema antituberculose seja de até 95%, a efetividade do tratamento (pacientes que se curam ao final do tratamento em condições de rotina) varia muito de acordo com o local, estando em torno de 70% (50-90%) na média nacional (TB CARE I, 2014; NAHID et al., 2016).

Nesse contexto, cabe reconhecer o papel do profissional farmacêutico como protagonista na implantação dos três pilares do PNFT (QUADRO 1), e também como indutor e qualificador das estratégias e práticas junto aos profissionais do NASF AB. Em especial, quando presente, o profissional farmacêutico visa qualificar o acesso da população à farmacoterapia, contribuir para o uso racional de medicamentos, além de proporcionar cuidado farmacêutico aos usuários e à comunidade (BRASIL, 2016; BRASIL, 2018c).

**Quadro 1 - Pilares e princípios da Estratégia pelo Fim da Tuberculose.**

Fonte: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, Brasil, 2017.

### 3.2.2 Programa Rede Farmácia de Minas

As farmácias do SUS devem atender às necessidades dos usuários contribuindo para a integralidade das ações de saúde. Elas não podem se restringir ao funcionamento como ponto de dispensação. Para isso, torna-se crucial a modernização da estrutura física das farmácias e a presença institucionalizada dos profissionais farmacêuticos (MINAS GERAIS, 2008a).

Em 2008, através da Deliberação CIB/SUS-MG nº 416 de 2008b, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) criou a Rede Farmácia de Minas (RFM) como uma estratégia para garantir infraestrutura adequada das farmácias públicas municipais, e ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos. Nessa deliberação a farmácia é reconhecida como estabelecimento de saúde e referência de serviços farmacêuticos para a região.

O estado concedeu incentivo financeiro para a implantação de farmácias comunitárias públicas com estruturas físicas próprias, previamente certificadas pela vigilância sanitária e com projeto arquitetônico padronizado. A RFM previa também o custeio mensal para contratação e fixação do profissional farmacêutico, bem como qualificação dos recursos humanos envolvidos com a AF no SUS (BARBOSA et al., 2017).

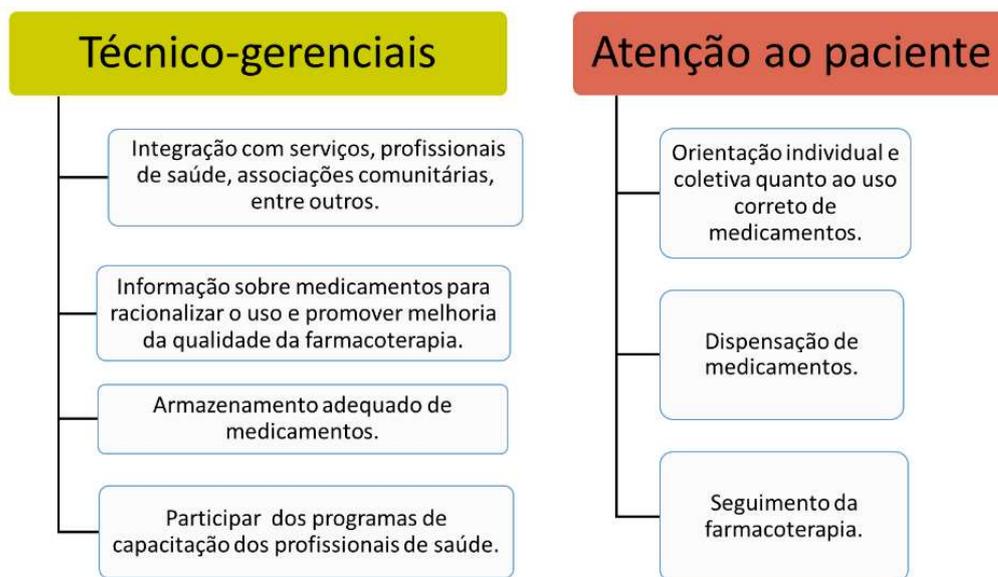
Inicialmente, o programa priorizou municípios com população inferior a 10.000 habitantes, o que correspondia a 57,3%. Em 2009, alcançou municípios com até 30.000 habitantes (78,5%) e em 2011 ampliou a todos os municípios de MG. Em 2013, já havia mais de 500 unidades do programa inauguradas no estado de MG (GARCIA et al., 2017).

A SES/MG desenvolveu também o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) para apoiar e subsidiar o desempenho das atividades e processos de trabalho desenvolvidos nas farmácias em cada município e integrá-los em uma rede única dentro do SUS estadual (BARBOSA et al., 2017).

Dentre as atribuições dos farmacêuticos previstas no programa RFM, no âmbito das atividades técnico-gerenciais, vale destacar a articulação da integração com serviços (unidades de saúde da família, unidades básicas de saúde, urgência e emergência, centros de referência, entre outros), com profissionais de saúde, com associações comunitárias, conselhos municipais de saúde, centros de estudos e informação sobre medicamentos existentes em universidades, entre outros (MINAS GERAIS, 2008a).

Com relação à atenção ao paciente, são previstas pelo programa as seguintes atribuições do farmacêutico: prestar orientação individual e coletiva quanto ao uso correto de medicamentos; realizar a dispensação de medicamentos; realizar o seguimento da farmacoterapia, com ênfase na adesão ao tratamento, no monitoramento de reações adversas e na efetividade terapêutica; notificar a ocorrência de reações adversas para implementação da farmacovigilância; e sinalizar à equipe de saúde a necessidade de busca ativa de pacientes (MINAS GERAIS, 2008a) (FIG. 3).

**Figura 3 - Atribuições dos farmacêuticos no Programa Rede Farmácia de Minas.**



Fonte: Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica: uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS, 2008.

### **3.2.3 Núcleo de Assistência Farmacêutica na Superintendência Regional de Saúde de Diamantina**

O estado de MG foi dividido administrativamente em 18 SRS e dez Gerências Regionais de Saúde (GRS) que auxiliam na efetivação das políticas públicas de saúde dentro do estado (MINAS GERAIS, 2011).

A SRS de Diamantina tem a finalidade de garantir a gestão descentralizada do sistema estadual de saúde competindo-lhe: implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional; assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões; coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional; promover articulações interinstitucionais; executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional; implantar, monitorar e avaliar as ações de mobilização social na região, dentre outras (MINAS GERAIS, 2019).

Ao todo, são 33 municípios que estão sob jurisdição da SRS de Diamantina, sendo 29 municípios da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha e quatro municípios da Região Ampliada de Saúde Centro (GALVÃO, 2014).

A SRS de Diamantina está dividida em seis núcleos temáticos: Núcleo de Gestão Regional, Núcleo de Redes de Atenção à Saúde, Núcleo de Regulação, Núcleo de Atenção Primária à Saúde, Núcleo de Vigilância à Saúde e Núcleo de Assistência Farmacêutica.

O Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) desenvolve ações junto aos 33 municípios tais como: dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), montagem de processos administrativos de solicitação de medicamentos, assessoria aos municípios nas programações de medicamentos básicos e estratégicos, dentre outras. Atualmente, o NAF Diamantina conta com um corpo técnico de 3 farmacêuticos e 4 auxiliares administrativos.

### **3.3 Tuberculose**

#### **3.3.1 Panorama Epidemiológico**

Em todo o mundo, a TB é uma das dez principais causas de morte e a principal causa de um único agente infeccioso, superando HIV/AIDS. Milhões de pessoas continuam doentes a cada ano. Em 2017, a doença causou aproximadamente 1,3 milhões de mortes e a estimativa é que 10,0 milhões de pessoas desenvolveram a TB. A proporção de pessoas com TB que morreram da doença foi de 16% (WHO, 2018). As regiões da África e Ásia são as que apresentam maior risco para o adoecimento (BRASIL, 2017b).

A gravidade das epidemias nacionais varia muito. Em 2017, havia menos de dez casos novos por 100.000 habitantes na maioria dos países de renda alta, 150 - 400 na maioria dos 30 países com alta carga de TB, e acima de 500 em alguns países, incluindo Moçambique, Filipinas e África do Sul (WHO, 2018).

A OMS estimou, em 2017, cerca de 282 mil casos novos e recidivas de TB nas Américas o que representa 3% da carga global da doença, 11% deles entre pessoas coinfectadas com o vírus HIV. Resultando em taxa de incidência de 28 por 100.000 habitantes. Sendo que 87% dos casos foram notificados em 10 países. Brasil, Peru e México concentram pouco mais da metade do número total. Em 2018, estima-se que 24 mil pessoas morreram por tuberculose na região, 6 mil delas coinfectadas com HIV (PAHO, 2018).

A Estratégia Fim da TB estabelece marcos intermediários de redução do número de óbitos em 35,0%, 75,0% e 90,0% e do coeficiente de incidência em 20,0%, 50,0% e 80,0% para os anos de 2020, 2025 e 2030, respectivamente (BRASIL, 2017b).

Entre 2000 e 2017, nas Américas, os óbitos diminuíram em média 2,5% ao ano. Para alcançar o marco de 2020, eles devem diminuir em 12% ao ano nos próximos três anos e continuar a diminuir para alcançar uma redução de 95% até 2035 em comparação com 2015 (PAHO, 2018).

A taxa de incidência estimada também diminuiu, embora lentamente, com um declínio médio anual de 1,6% entre 2000 e 2017. Para alcançar o marco de 2020, a taxa de declínio teria que ser de 8% ao ano nos próximos três anos (PAHO, 2018).

Em 2011 a taxa de detecção foi de 81% dos casos estimados pela OMS para a Região das Américas. Apesar desse progresso, a tuberculose multirresistente (TB-MR) e a coinfeção TB-HIV apresentam sérios desafios que devem ser enfrentados (PAHO, 2013).

A TB é atualmente a doença infecciosa mais letal da região e sua persistência se deve, principalmente, às grandes desigualdades sociais e econômicas nas Américas. O controle da TB é dificultado pela persistência de desigualdades sociais, particularmente pobreza, migração e acesso limitado a serviços de saúde, especialmente entre populações vulneráveis, como moradores de rua, dependentes químicos, doentes mentais e minorias étnicas (PAHO, 2013; 2018).

Evidências recentes classificam a América Latina e o Caribe como a região mais desigual do mundo, com 29% da população abaixo da linha da pobreza e os 40% mais pobres da população que recebem menos de 15% da renda total. Por outro lado, as evidências apontam para uma redução geral da desigualdade de renda (PAHO, 2013).

No Brasil a doença ainda se configura como problema de saúde pública, embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita pelo SUS. O Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo. Em 2017, foram registrados 69.569 casos novos de TB e o coeficiente de incidência foi igual a 33,5 casos/100 mil habitantes. Em 2016, foram registrados 4.426 óbitos, resultando em um coeficiente de mortalidade igual a 2,1 óbitos/100 mil habitantes. Segundo a OMS, o Brasil ocupa a 20ª posição na lista de países de alta carga de TB e a 19ª na lista de alta carga de coinfeção TB-HIV (WHO, 2018; BRASIL, 2018e).

Quando comparado aos outros países na região das Américas, o Brasil tem papel relevante no enfrentamento da TB. Embora compartilhe de algumas características comuns à região, como alto índice de urbanização, grande desigualdade social e diversidade étnica e cultural, possui maior capacidade de resposta devido às seguintes características: 2º maior Produto Interno Bruto (PIB) entre os países das Américas; ocupa a 5ª posição entre os países com a maior renda per capita na América do Sul; 6º colocado entre os países da América Latina em relação à expectativa de vida, e 15ª posição no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os países americanos (BRASIL, 2017b).

Embora tenha havido uma diminuição do número de casos novos no Brasil, essa redução foi modesta (apenas 1,5% ao ano), e há muito a ser feito para melhorar os desfechos

do tratamento, reduzir os abandonos e prevenir o surgimento de TB-MR. É necessário compromisso político, cuidados verdadeiramente centrados no paciente e atenção às comorbidades com ênfase na infecção pelo HIV (BRASIL,2018f).

No estado de MG, no período de 2007 a 2017, ocorreu redução do coeficiente de incidência da TB, passando de 23,39 casos novos por 100 mil habitantes para 16,91 casos novos por 100 mil habitantes. Apesar da redução, vale destacar que MG ainda não alcançou a meta desse indicador descrita no PNFT. Em relação ao coeficiente de mortalidade, no mesmo período, também houve redução, passando de 1,5 óbito por 100 mil habitantes para 1,1 óbito por 100 mil habitantes. Esse indicador apresenta-se próximo à meta preconizada no PNFT, de menos de 1 óbito para cada 100 mil habitantes (MINAS GERAIS, 2019).

O Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais, visando orientar as ações de vigilância, assistência e planejamento em saúde, elaborou o “Plano Estadual pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública em Minas Gerais”. Além de compartilhar a análise situacional e seus diversos cenários epidemiológicos, o plano apresenta as ações estaduais para o enfrentamento da doença e alcance das metas pactuadas no estado (MINAS GERAIS, 2019).

### **3.3.2 Prioridades nas Agendas Internacional e Nacional no Controle da Tuberculose**

Em 1993, a OMS declarou a TB como uma emergência global e lançou a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*), como a forma mais eficaz de tratamento e controle da doença em nível mundial (BRASIL, 2017b).

Posteriormente, em 2000, durante a Conferência Ministerial sobre TB e Desenvolvimento Social, foi aprovada por 20 países que representavam 80% da carga mundial de TB, incluindo o Brasil, a Declaração de Amsterdã para deter a TB, cujas metas eram detectar 70% dos casos de TB pulmonar bacilífera e curar, pelo menos, 85% deles, até 2005, a fim de reduzir a carga da doença em nível mundial (BRASIL, 2017b).

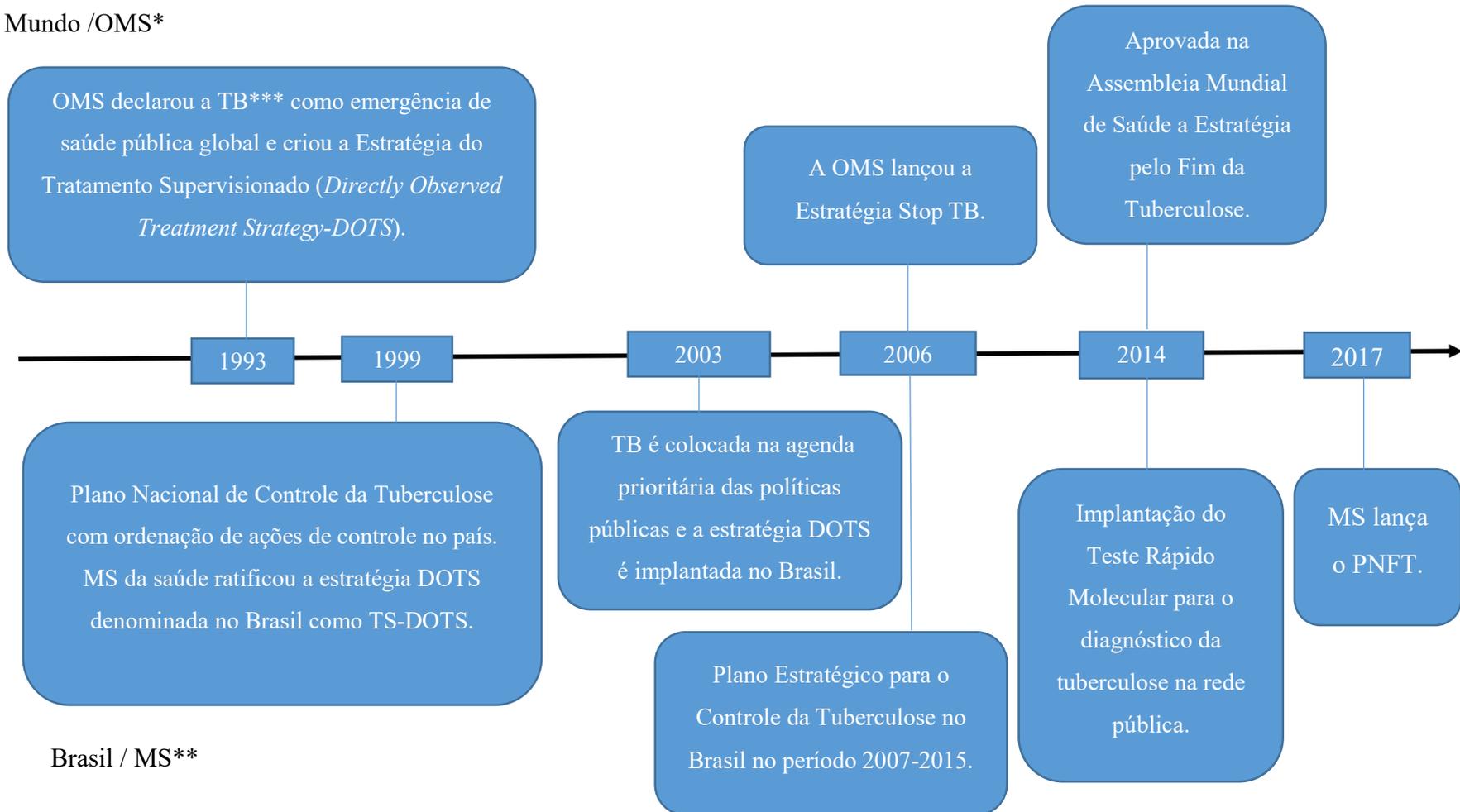
Em 2003, a doença foi considerada como prioritária na agenda política do MS e esteve no elenco das principais pactuações nacionais, como: Pacto pela Saúde; Programa Mais Saúde; Programação das Ações de Vigilância em Saúde; Pacto da Atenção Básica e mais recentemente, na Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017b).

Em 2005, em resposta à expansão da epidemia de infecção pelo HIV, do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos antituberculose, da debilidade dos serviços de saúde, o 46º Conselho Diretor adotou a “Estratégia Regional para o controle da

tuberculose para 2005-2015”, que reafirma o compromisso dos países no controle da TB como uma prioridade nos programas de saúde, garantindo os recursos financeiros e humanos necessários, e aponta o Plano Estratégico Regional de Tuberculose 2005-2015 como base para a formulação de planos nacionais em consonância com os Objetivos do Milênio (OPAS, 2015) (FIG.4).

**Figura 4 - Antecedentes da Estratégia pelo Fim da Tuberculose.**

Mundo /OMS\*



Fonte: Adaptado do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose, Brasil, 2017.

\*OMS: Organização Mundial da Saúde

\*\*MS: Ministério da Saúde

\*\*\*TB: Tuberculose

Nas últimas décadas, desde a reemergência da TB no mundo, o ano de 2015 tornou-se um novo marco na história da TB quando a OMS propôs acabar com esta doença como um problema de saúde pública, com a Estratégia *Stop TB* (BRASIL, 2018b).

Essa estratégia definiu os passos que os programas nacionais de controle da TB e seus parceiros precisavam adotar para reduzir drasticamente o ônus global da TB até 2015, de acordo com as Metas de Desenvolvimento do Milênio e os objetivos da Parceria *Stop TB*. Entre as metas estavam detectar pelo menos 70% dos novos casos de TB pulmonar com baciloscopia positiva e curar pelo menos 85% deles. Reduzir em 50% a prevalência e as mortes decorrentes da TB em relação a 1990, e eliminar a TB como problema de saúde pública (1 caso por 1 milhão de habitantes) até 2050 (WHO, 2006).

Em 2013, na sede da OMS, foi discutida e debatida a proposta da nova agenda pós-2015 para o controle da TB, a “Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose pós-2015” ou estratégia “Fim da TB”. Um acordo global para acabar com a TB como uma pandemia, expresso nas metas estabelecidas de redução da incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e redução da mortalidade pela doença em 95% até 2035 (WHO, 2013).

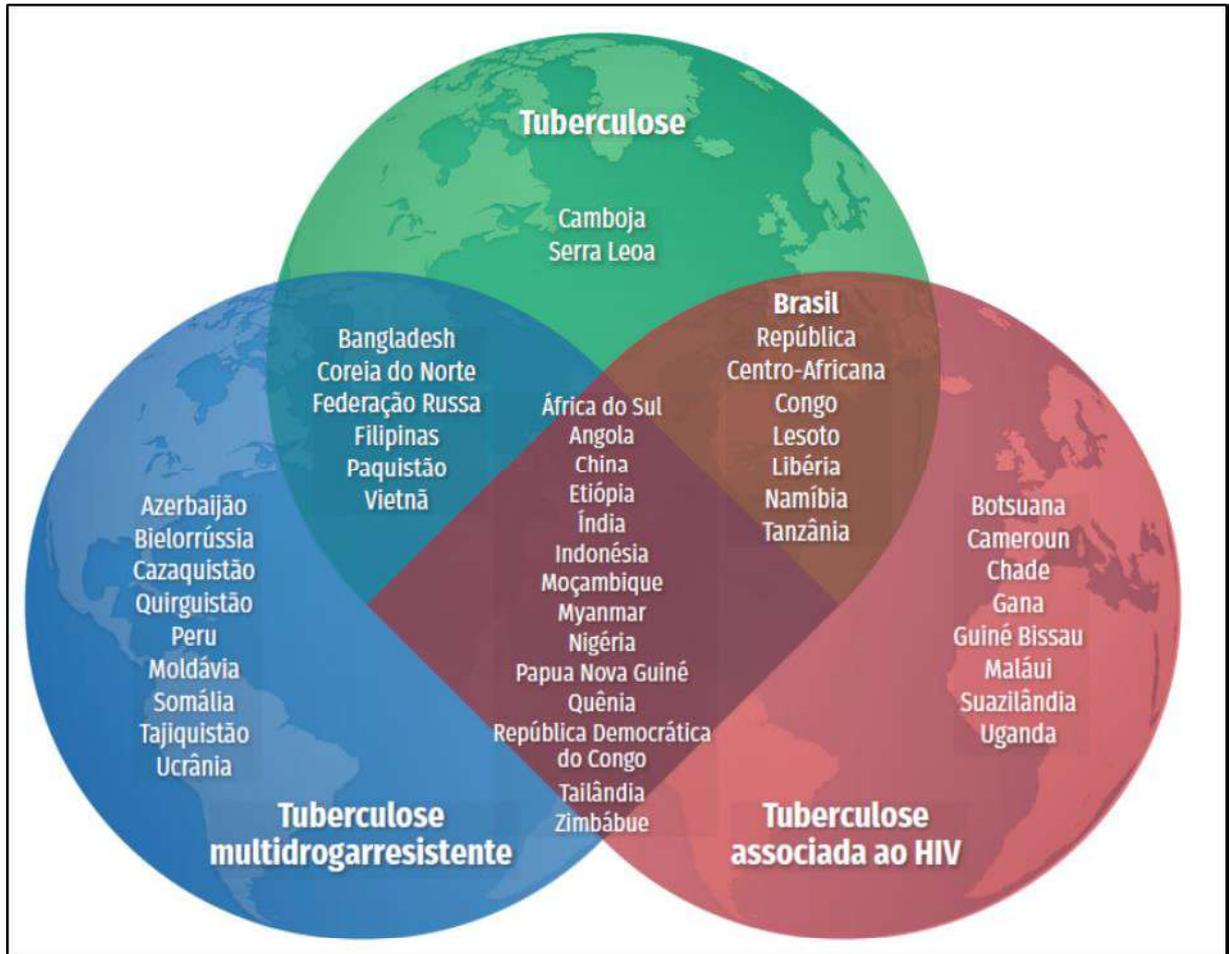
O ano de 2015 foi marcado pelo fim dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e sua substituição pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), além de ser o último ano da Estratégia *Stop TB* e sua substituição pela Estratégia pelo Fim da TB. A OMS considerou esse momento como ideal para reavaliar a sua lista de países prioritários no enfrentamento da TB (BRASIL, 2017d).

Em 2015, a OMS lançou a estratégia *End TB* baseada em três pilares: 1) Integração dos cuidados e prevenção centrada no paciente. 2) Políticas ousadas e sistemas de informação integrados, incluindo ações de proteção social aos pacientes e recomendação de acesso universal à saúde. 3) Intensificação das pesquisas e ações de inovação, e a incorporação de novas tecnologias e tem o conceito intrínseco da eliminação da TB. A eliminação da TB foi definida como menos de 1 caso por 1 milhão de habitantes, sendo que a pré-eliminação foi definida como menos de 10 casos por 1 milhão de habitantes. Desde então, os três pilares foram oficialmente adotados por diversos países (WHO, 2013; BRASIL, 2017b).

Para o período de 2016 a 2020, adotou-se três listas de países de alta carga de TB, referentes a: 1) TB, 2) TB-MR e 3) coinfeção TB-HIV (FIG. 5). Cada lista é composta por 30 países, sendo 20 com o maior número absoluto de casos e dez com o maior coeficiente de incidência. O Brasil está presente nas listas de alta carga de TB e de coinfeção TB-HIV. Esse risco aumentado impacta sobremaneira na mortalidade por AIDS dentre as doenças infecciosas

de agente definido no Brasil. O coeficiente de mortalidade entre os pacientes com coinfeção TB-HIV agrava-se principalmente pelo diagnóstico tardio da TB (BRASIL, 2017d).

**Figura 5 - Classificação de países prioritários quanto à carga da tuberculose, tuberculose multidrogarresistente e tuberculose associada ao HIV para o período de 2016 a 2020.**



Fonte: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, Brasil, 2017. Adaptado da Organização Mundial da Saúde, 2016.

Desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), “O Plano Regional para Controle da Tuberculose para Américas: Desenvolvimento sustentável e equidade” propõe linhas estratégicas de ação, com indicadores operacionais e epidemiológicos a serem monitorados para os anos de 2016 a 2020, período inicial da estratégia e crucial para o alcance do objetivo final. Ênfase nas populações mais vulneráveis e nos grupos de risco é o ponto principal do plano, que considera o enfrentamento dos determinantes sociais da TB como fundamental para melhoria dos desfechos clínicos em todas as formas da doença (PAHO, 2013; BRASIL, 2017b).

Diante desse cenário epidemiológico, em junho de 2017, o MS por meio do PNCT, lançou o PNFT no Brasil. O plano foi elaborado com o objetivo de reduzir a incidência da TB (para < 10 casos/100.000 habitantes) e a mortalidade (para < 1 óbito/100.000 habitantes) até 2035, definindo as abordagens para a implementação de cada um dos três pilares da estratégia *End TB* da OMS (BRASIL, 2017b).

Doenças com características crônicas como a TB necessitam de atuação integrada entre os diferentes profissionais das equipes de saúde, além do gerenciamento para manejo e cuidado ao longo do tempo, ou seja, da continuidade da assistência com garantia da adesão ao tratamento para que haja controle eficaz e eficiente da doença. Exprime-se a necessidade de recondução das ações, modificações nas abordagens intersetoriais e intergovernamentais e potencialização da atenção. É necessário assumir o combate à TB como ação prioritária nos territórios de atuação (CLEMENTINO et al., 2016).

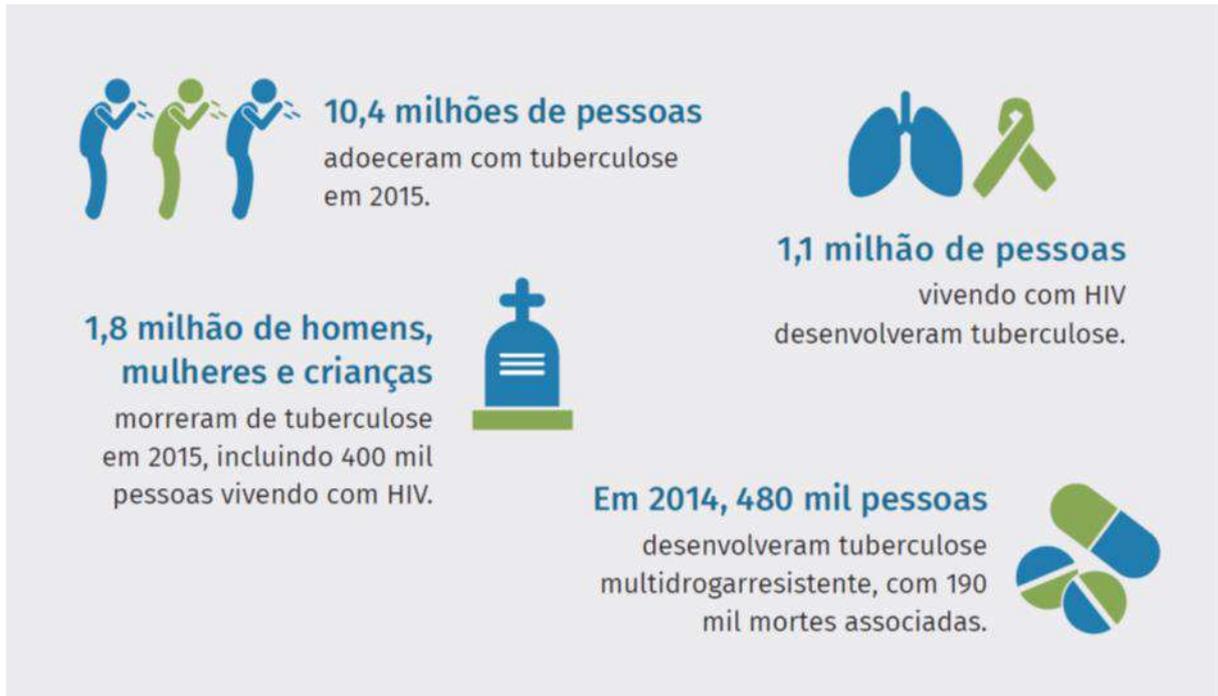
Considerando o exposto acima, a relevância da TB a nível global, nacional e regional torna-se evidente.

### **3.3.3 Coinfecção Tuberculose / HIV e multirresistência**

A TB é a doença infecciosa mais frequente nas pessoas vivendo com HIV e tem grande impacto na qualidade de vida e na mortalidade dessa população. Uma pessoa vivendo com HIV tem 28 vezes mais chances de contrair TB do que uma pessoa que não tem HIV. No mundo, em 2015, 10,4 milhões de pessoas adoeceram com a TB, dessas, 1,1 milhão eram coinfectedas pelo HIV (BRASIL, 2017d; BRASIL, 2018f) (FIG. 5).

No Brasil, a proporção da coinfecção TB-HIV é de 9,4%. Dos 69 mil novos casos de TB registrados em 2016, 6,5 mil apresentaram resultado positivo para o HIV. A coinfecção TB-HIV é a principal causa de morte em pacientes com AIDS. Em 2015, 22% das pessoas diagnosticadas com a coinfecção foram a óbito. Por isso, o MS recomenda que, em todas as oportunidades de atendimento às pessoas vivendo com HIV, seja feita a investigação para TB. Da mesma forma, todas as pessoas diagnosticadas com TB devem ser testadas para o HIV. Em 2017, no Brasil, 73,4% dos casos novos de TB foram testados para o HIV (BRASIL, 2017d).

**Figura 6 - Carga da tuberculose no mundo segundo a Organização Mundial da Saúde, 2016.**



Fonte: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, Brasil, 2017.

Outro importante desafio mundial para o controle da TB é a resistência aos medicamentos tuberculostáticos. O uso inadequado dos medicamentos padronizados como primeira linha para o tratamento da TB, associado ao abandono está diretamente relacionado ao aparecimento de cepas de *Mycobacterium* resistentes a um ou mais fármacos (BRASIL, 2018b).

Apesar da prevalência de multirresistência ser baixa na maioria dos países, em algumas regiões o número de casos vem aumentando nos últimos anos e exige atenção e medidas mais efetivas para seu controle e monitoramento constante. Em 2014, 480 mil pessoas com TB apresentaram multidrogarresistência, com 190 mil mortes associadas (BRASIL, 2017b).

Estimou-se nas Américas, para o ano de 2017, que cerca de 11.000 casos de TB seriam resistentes à rifampicina (TB-RR) ou à rifampicina e isoniazida (TB-MDR). Entretanto, apenas 37% desses casos foram relatados, deixando 6.900 casos não diagnosticados e conseqüentemente não tratados de TB-RR / TB-MDR. Setenta por cento do número estimado de casos resistentes à rifampicina e/ou multidrograrresistentes estão concentrados em cinco países da região: Peru, Brasil, México, Equador e Haiti (WHO, 2018a).

O acesso universal à cultura para micobactérias e ao teste de sensibilidade aos antimicrobianos é fundamental para melhorar a detecção de casos de TB-RR / TB-MDR, e para a definição do esquema de tratamento adequado e eficaz. Desde 2014, o MS disponibiliza o

teste rápido molecular para TB (TRM-TB) para todos os casos suspeitos de TB. Esse exame possibilita o diagnóstico mais rápido da doença bem como da resistência à rifampicina (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2018f).

### **3.3.4 Monitoramento e avaliação: sugestão de indicadores de impacto, resultado e processo a serem monitorados pelos programas de controle da tuberculose**

O PNFT aborda os objetivos propostos até o ano de 2035, cuja execução foi dividida em quatro fases: 2017-2020, 2021-2025, 2026-2030 e 2031-2035. Consiste na avaliação dos indicadores do programa ao final de cada fase e seus resultados servirão de base para o desenvolvimento das fases subsequentes. O monitoramento e a avaliação das ações subsidiarão a tomada de decisão e qualificarão o processo de gestão (BRASIL, 2017b).

O PNCT recomenda a utilização de rotinas de monitoramento e avaliação como ferramenta para a priorização de ações em todas as esferas de gestão. Os indicadores operacionais refletem a qualidade dos serviços prestados, e os indicadores epidemiológicos refletem o estado de saúde da população de uma comunidade. Ambos servem como suporte para planejamento, administração e avaliação das ações de saúde bem como subsídio para a tomada de decisão e proposição de políticas e estratégias em saúde pública (BRASIL, 2018f).

Além da avaliação dos indicadores operacionais e epidemiológicos, o PNCT propõe uma lista de indicadores prioritários de impacto, de resultado e de processo para serem utilizados para verificação do desenvolvimento das ações (BRASIL, 2017b) (QUADRO 2).

**Quadro 2 - Sugestão de indicadores de impacto, resultado e processo a serem monitorados pelos programas de controle da tuberculose.**

<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Período Monitoramento</b>
Impacto	Coefficiente de incidência de tuberculose todas as formas.	Anual
	Coefficiente de mortalidade por tuberculose.	Anual
Resultado	Percentual de casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial.	Semestral
	Percentual de casos de tuberculose notificadas no Sinan como pós-óbito.	Semestral
	Proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento de tuberculose.	Semestral
	Proporção de realização de teste de sensibilidade entre os casos de retratamento de tuberculose com cultura de escarro positiva.	Semestral
	Proporção de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Semestral
	Proporção de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose.	Trimestral
	Proporção de realização de terapia antirretroviral (Tav) entre os casos novos de coinfeção TB-HIV.	Trimestral
	Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar que realizaram o tratamento diretamente observado.	Trimestral
	Proporção de abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Trimestral
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Trimestral
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose multidrogrresistente.	Anual
Processo	Indicadores relacionados à tuberculose presentes no plano de saúde.	Anual
	Número de estados com comitê de controle da tuberculose em funcionamento.	Anual

Fonte: Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2017.

O monitoramento de indicadores deve ser rotina e é atividade que deve ser coordenada pelos programas de controle da tuberculose em parceria com os diversos atores: Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, visando ao estabelecimento e à implementação

de estratégias para o fim da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2018f).

O PNCT recomenda que os estados e municípios utilizem a mesma lista de indicadores de impacto para o monitoramento do PNFT (BRASIL, 2017b).

### 3.3.5 A doença

Conforme Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017, a TB é um dos agravos de notificação compulsória em todo território nacional, e deve ser notificada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Entretanto, a OMS estima que apenas dois terços de todos os casos incidentes de TB em todo o mundo sejam notificados aos programas nacionais de controle da TB (WHO, 2013).

O adoecimento por TB tem forte componente social e está relacionado à situação imunológica do indivíduo, o que remete às condições de vida a que está exposto, tais como nutrição, moradia, trabalho, sono e também coinfeção com HIV/AIDS e associação com outras doenças, como diabetes e câncer (BRASIL, 2017e).

Além disso, outras condições como o acesso restrito aos serviços públicos de saúde, a limitada adesão ao tratamento, abandono e o aumento do número de casos de TB causados por bacilos resistentes contribuem para prevalência da enfermidade (BERTOLOZZI et al., 2014).

A TB é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. Pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. Entretanto, do ponto de vista sanitário, a espécie mais importante é a *M. tuberculosis* (BRASIL, 2017f).

As formas clínicas podem ser classificadas em: pulmonar, extrapulmonar e miliar. A forma pulmonar é a principal forma em que ocorre a transmissão e, neste caso, o bacilo é encontrado no escarro. A transmissão é aérea de pessoa a pessoa, ocorre a partir da inalação de aerossóis oriundos das vias aéreas, expelidos pela tosse, espirro ou fala de doentes com TB pulmonar ou laríngea. Somente pessoas com as formas de TB pulmonar ativa transmitem a doença (BERTOLOZZI et al., 2014; BRASIL, 2017f).

Indivíduos infectados com *Mycobacterium tuberculosis* podem desenvolver a TB ou podem não ter evidência clínica da doença e apresentar a infecção latente da TB (ILTB) (LEWINSOHN et al., 2017).

Aproximadamente 90% das pessoas não adoecem após a primo-infecção pelo *M. tuberculosis*, subsequentemente desenvolvendo ILTB. Após a infecção, a doença pode se manifestar a qualquer momento da vida, sendo mais comum nos dois primeiros anos. Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento, e entre estes, destaca-se a infecção pelo HIV, extremos de idade: menor que dois anos ou maior que 60 anos, *diabetes mellitus* e desnutrição. É por isso que a investigação da história de contato com casos de TB pulmonar é tão importante e revela a manutenção da transmissão da tuberculose na comunidade (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2018g).

A busca e investigação de contatos é de fundamental importância para o controle da doença, uma vez que possibilita identificar pessoas com ILTB e indicar adequadamente o tratamento, e com isso permite a prevenção do desenvolvimento da TB ativa. O tratamento da ILTB reduz o risco de adoecimento por TB ativa, estudos com isoniazida demonstraram redução em 60% a 90% desse risco (BRASIL, 2018g).

### **3.3.6 Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica**

A TB tem cura e o tratamento, que dura no mínimo seis meses, é gratuito e disponibilizado de forma integral pelo SUS. No tratamento, é preciso obedecer aos princípios básicos: associação medicamentosa adequada, as doses corretas, e o uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando, assim, a cura do paciente (BRASIL, 2018b).

Desde 1993 a OMS preconiza a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS), que funciona como um conjunto de boas práticas para o controle da TB tendo como componentes: compromisso político com fortalecimento de recursos humanos e garantia de recursos financeiros; elaboração de planos de ação e mobilização social; diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade; tratamento padronizado com a supervisão da tomada do medicamento e apoio ao paciente; fornecimento e gestão eficaz dos medicamentos; sistema de monitoramento e avaliação ágil desde a notificação até o encerramento do caso (OPAS, 2010).

O TDO da TB foi instituído no Brasil a partir de 2003, e segundo o MS (2011), consiste na ingestão diária dos medicamentos pelo paciente, sob a observação de um

profissional da equipe de saúde e estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário. Esse deve ser um momento em que os profissionais, além de acompanhar a ingestão dos medicamentos, devem fornecer ao paciente informações acerca da doença, os efeitos colaterais dos medicamentos e a importância de realizar o tratamento até o fim.

Embora a implantação da estratégia DOTS tenha sido iniciada em 2003, a cobertura da estratégia DOTS no Brasil tem avançado lentamente, tanto em sua implementação como em sua expansão. Em 2016, apenas 36,2% dos casos novos de TB pulmonar realizaram o tratamento observado e o percentual de abandono do tratamento foi de 10,3%, duas vezes acima da meta preconizada pela OMS (<5,0%). Nesse mesmo ano, o percentual de cura de casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial foi de 73,0%, abaixo da meta internacional preconizada de 85% de cura, necessária para o controle da doença (BRASIL, 2018f).

A adesão efetiva ao tratamento da TB é um desafio importante que passa pelo fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e o paciente. Práticas inovadoras de adesão ao DOTS, para que sejam efetivas, precisarão considerar aspectos relacionados à realidade e individualidade de cada paciente, além da própria infraestrutura e organização dos serviços de saúde (PERUHYPE et al., 2018).

Há apontamentos que o DOTS é reconhecido como uma prática importante pelos profissionais de saúde, mas a falta de tempo para a sua prática e a deficiência de recursos humanos, de materiais e de transporte, influenciam decisivamente em sua operacionalização. Além dessas dificuldades, há barreiras relacionadas ao paciente, sejam elas, dentre outras, as de cunho econômico e de acesso aos serviços de saúde (CECILIO; MARCON, 2016).

Portanto, a estrutura física e organizacional da Atenção Primária à Saúde são fatores determinantes para a efetiva detecção de casos de TB e consequente alcance das metas propostas pelas estratégias globais e nacionais de controle da doença (SPAGNOLO et al., 2018).

O tratamento da TB sensível deve ser desenvolvido sob regime ambulatorial e realizado preferencialmente na AB. Desde 2009 os medicamentos utilizados na primeira linha para o tratamento da TB são: rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e etambutol (E). Para pacientes com dez anos de idade ou mais, estes fármacos apresentam-se em comprimidos de doses fixas combinadas (RHZE e RH). Para crianças menores de dez anos, o tratamento se faz por meio de fármacos individualizados, e varia de acordo com as diferentes faixas de peso (BRASIL, 2017e).

O tratamento é dividido em duas fases, a primeira denominada fase de ataque, com a utilização do comprimido combinado de RHZE com duração de dois meses, e a segunda

denominada fase de manutenção realizada durante quatro meses. A fase de ataque é responsável pela redução da população bacilar e a fase de manutenção pela eliminação dos persistentes (BRASIL, 2018b).

O paciente recebe alta após, no mínimo, seis meses de tratamento, se o mesmo apresentar resultado de baciloscopia de controle negativa, sendo indispensáveis os resultados do segundo, quarto e sexto mês. Considera-se como abandono a ausência do paciente para a administração do TDO por mais de 30 dias (BRASIL, 2018b).

Para sucesso das estratégias propostas e progresso na prevenção, diagnóstico e tratamento da TB, é necessário adequado e continuado financiamento ao longo dos anos.

### **3.4 Serviços farmacêuticos destinados aos pacientes com tuberculose: interface entre o Programa Rede Farmácia de Minas e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica**

O farmacêutico no NASF AB e o farmacêutico na RFM devem atuar tanto na gestão clínica como na gestão técnica dos medicamentos. É papel do farmacêutico, em colaboração com o indivíduo e outros membros da equipe, buscar melhorar os resultados da farmacoterapia. Portanto, o desenvolvimento de algumas habilidades específicas é extremamente importante, também, para preparar o farmacêutico para a atuação clínica, o cuidado farmacêutico (BRASIL, 2018c).

O cuidado farmacêutico é o modelo de prática profissional que tem como objetivo a provisão responsável da terapia medicamentosa através da identificação, resolução e prevenção de problemas relacionados a medicamentos. O seu principal propósito é o alcance de metas terapêuticas definidas por ambos, profissional e paciente, para melhorar a qualidade de vida do paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2012).

A consulta farmacêutica trata-se de um encontro entre o farmacêutico e o paciente, no qual podem ser providos diferentes serviços ou procedimentos, conforme a complexidade do caso, a necessidade do paciente, e as características do serviço de saúde ao qual o profissional está vinculado. O objetivo é obter os melhores resultados com a farmacoterapia, promover o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde (BRASIL, 2016).

Serviços farmacêuticos são atividades organizadas em um processo de trabalho, que visam contribuir para prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2016).

Destaque-se que o paciente pode apresentar necessidades de saúde que serão atendidas pela oferta de um ou mais serviços, concomitantemente. Os tipos de serviços prestados pelo farmacêutico para atender às necessidades de saúde do paciente, da família e da comunidade são: rastreamento em saúde, educação em saúde, dispensação, manejo de problema de saúde autolimitado, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico (BRASIL, 2016).

Em estudo realizado na China, a padronização da administração de opiáceos realizada por farmacêuticos, através da educação médica, acompanhamento farmacoterapêutico e consulta farmacêutica, resultou em melhoria dos escores de dor, diminuição da incidência de eventos adversos gastrointestinais e melhoria da qualidade de vida geral (CHEN et al., 2014).

Em outro estudo, o farmacêutico, em colaboração com o oncologista, forneceu educação, realizou o gerenciamento da terapia medicamentosa, monitorou adesão e toxicidade, recomendou tratamento de toxicidade e cuidados de suporte. O estudo demonstrou o benefício do farmacêutico na equipe multidisciplinar para abordar questões clinicamente significativas para pacientes sob quimioterapia oral (HOLLE; PURI; CLEMENT, 2016).

A exemplo do que vem ocorrendo nos estudos sobre oncologia, o farmacêutico, ao prestar o cuidado ao paciente com TB, tem a oportunidade de contribuir para a otimização do tratamento, obtenção de desfechos favoráveis e alcance das metas preconizadas no PNFT. Para isso, os serviços clínicos farmacêuticos devem ser implementados bem como a participação do farmacêutico no TDO.

Um dos objetivos do PNFT é tratar de forma adequada e oportuna todos os casos diagnosticados de TB visando à integralidade do cuidado. Algumas das estratégias propostas são: estimular o desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa com TB, acompanhamento do tratamento para reduzir os desfechos desfavoráveis, desenvolver ações que favoreçam a adesão ao tratamento da TB, como o TDO e outras. Portanto, o farmacêutico tem papel importante a ser desenvolvido no cuidado aos pacientes com TB. Para isso, é necessário colocar em prática as ações previstas no PNFT (BRASIL, 2017b).

Várias estratégias diferentes são atualmente adotadas para aumentar a adesão ao tratamento da TB em hospitais de referência no sul da Tailândia. Uma estratégia é o TDO modificado, que em cada consulta ambulatorial, enfermeiros ou farmacêuticos fornecem educação ao paciente, monitoram e gerenciam reações adversas a medicamentos, e avaliam a adesão ao tratamento. Outra estratégia adotada é o cuidado farmacêutico que mostrou ter similar

eficácia em alcançar sucesso no tratamento comparado com visita domiciliar e TDO modificado (TANVEJSILP et al., 2017).

Em um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, que avaliou o impacto do cuidado farmacêutico em pacientes sob o tratamento da TB, as intervenções foram divididas em não farmacológicas e farmacológicas. As intervenções não farmacológicas incluíram orientação sobre o uso adequado de medicamentos e seus riscos e encaminhamento a outros profissionais de saúde. As intervenções farmacológicas incluíram suspensão, adição ou mudança de medicamento. Intervenções farmacológicas foram acordadas pelo farmacêutico, médico e paciente, quando necessário (LOPES et al., 2017).

### **3.5 A educação interprofissional: estratégia para implementar a força do trabalho do farmacêutico em equipe**

No contexto de valorização da força do trabalho do farmacêutico em equipe, pode-se inserir a educação interprofissional (EIP). Este termo originou-se no relatório da OMS de 1988, no qual foram evidenciadas experiências de alguns países acerca do aprendizado em conjunto entre diferentes profissões nos seus locais de trabalho. A OMS define a EIP como: “[...] o aprendizado que ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde” (WHO, 2010).

No entanto, para atingir a prática colaborativa (WHO, 2010), os profissionais farmacêuticos devem aprender a trabalhar como membros efetivos das equipes interprofissionais. A colaboração interprofissional é uma estratégia do trabalho em equipe; consiste no processo de convivência no espaço comum entre diferentes profissões que desenvolvem a clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde (D’AMOUR et al., 2005).

Sendo assim, o Centro para o Avanço e Desenvolvimento da EIP (CAIPE) do Reino Unido, originado em 1987, define a EIP como um processo de ensino e aprendizagem que promove a colaboração no trabalho e melhora a qualidade do atendimento a partir da prática colaborativa (CAIPE, 2002).

Neste contexto, a força do trabalho do farmacêutico no âmbito da prática interprofissional colaborativa (PIC) tem como espaços de atuação a RFM em parceria com o NASF AB e a AB. Nestes locais poderá ocorrer a participação de todos os membros da equipe na construção de consensos acerca da prática para o cuidado em saúde do paciente com TB.

Com o objetivo comum sobre o foco da atenção em saúde, ferramentas de formalização/discussão acerca das tarefas, e apoio para inovação (D'AMOUR et al., 2008).

Esta proposta de trabalho é entendida como uma abordagem que estimula o processo compartilhado e interativo de aprendizagem, com vistas à melhoria da colaboração e da qualidade da atenção à saúde, se configura como estratégico no estímulo à formação de um novo profissionalismo, coerente com as necessidades de fortalecimento do SUS (CAIPE, 2013). Esta abordagem poderá ser implementada de acordo com as diretrizes preconizadas no PNCT e PNFT (BRASIL, 2017b).

Em apoio a esta proposta, o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) define seis domínios de competências requeridos para a PIC efetiva: atenção centrada no paciente/família/comunidade, comunicação efetiva, clareza dos papéis profissionais, dinâmica/processos de trabalho da equipe, resolução de conflito e liderança colaborativa (CIHC, 2010). O uso de modelos de competências e tipologias tem contribuído para o estabelecimento de padrões consistentes para prática que podem auxiliar na operacionalização da PIC (PEDUZZI, 2001; ZWARENSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009).

A título de exemplo, uma experiência de formação interprofissional foi desenvolvida no Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com a implantação dos cursos de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional e Serviço Social, enfatizando a educação interprofissional e interdisciplinar e a perspectiva de formar profissionais qualificados para o trabalho em equipe e para o cuidado integral (TOASSI et al., 2017).

### **3.6 Desafios da educação farmacêutica no monitoramento e avaliação da tuberculose**

Os desafios da educação farmacêutica para formar uma força de trabalho voltada para a educação e a prática interprofissional provavelmente são devido ao modelo de educação tradicional. Portanto, como o atendimento ao paciente com TB é composto por um conjunto de serviços e ações, os profissionais devem refletir para desenvolver formas de praticar e fornecer uma resposta integrada e coesa a fim de garantir as necessidades do sujeito (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Verifica-se, portanto, a necessidade de reflexões e intervenções na educação farmacêutica baseadas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Estas novas diretrizes regulamentam a articulação entre conhecimentos, competências, habilidades e atitudes, para contemplar o perfil do egresso. E por isso, a formação

deve estar estruturada nos eixos: cuidado em saúde; tecnologia e inovação em saúde; gestão em saúde (BRASIL, 2017g).

Esses três eixos vão de encontro com os três pilares norteadores do PNFT: prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente; políticas arrojadas e sistemas de apoio; e intensificação da pesquisa e inovação. O PNFT propõe a ampliação das ações de controle da doença, valorizando a inovação e a incorporação de novas tecnologias, fortalecendo a necessidade do compromisso político, incluindo ações de proteção social aos pacientes e recomendando o acesso universal à saúde (BRASIL, 2107b).

A execução dos eixos cuidado em saúde e da gestão em saúde requer o desenvolvimento de competências para identificar e analisar as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, bem como para planejar, executar e acompanhar ações em saúde (BRASIL, 2017g). Esta nova visão da formação poderá contribuir com as metas do PNFT, por meio da atuação do farmacêutico nas ações e serviços efetivos que visam melhorar os indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados à doença (BRASIL, 2018b).

No Brasil, a atual transição na educação farmacêutica para a prestação de cuidados continuados e de serviços orientados para o paciente com TB, representam uma oportunidade de utilizar a força de trabalho do farmacêutico para apoiar a melhoria direta dos resultados em saúde dos pacientes com TB. Contudo, este papel requer que os farmacêuticos tenham as competências necessárias, adquiridas através de uma educação bem desenhada, integrando competências científicas e clínicas (FIPED, 2014).

De acordo com as novas diretrizes curriculares, são desafios do farmacêutico:

- acolhimento do indivíduo, verificação das necessidades, realização da anamnese farmacêutica e registro das informações referentes ao cuidado em saúde, considerando o contexto de vida e a integralidade do indivíduo;
- avaliação e o manejo da farmacoterapia, com base em raciocínio clínico, considerando necessidade, prescrição, efetividade, segurança, comodidade, acesso, adesão e custo;
- elaboração e aplicação de plano de cuidado farmacêutico, pactuado com o paciente e/ou cuidador, e articulado com a equipe interprofissional de saúde, com acompanhamento da sua evolução (BRASIL, 2017g).

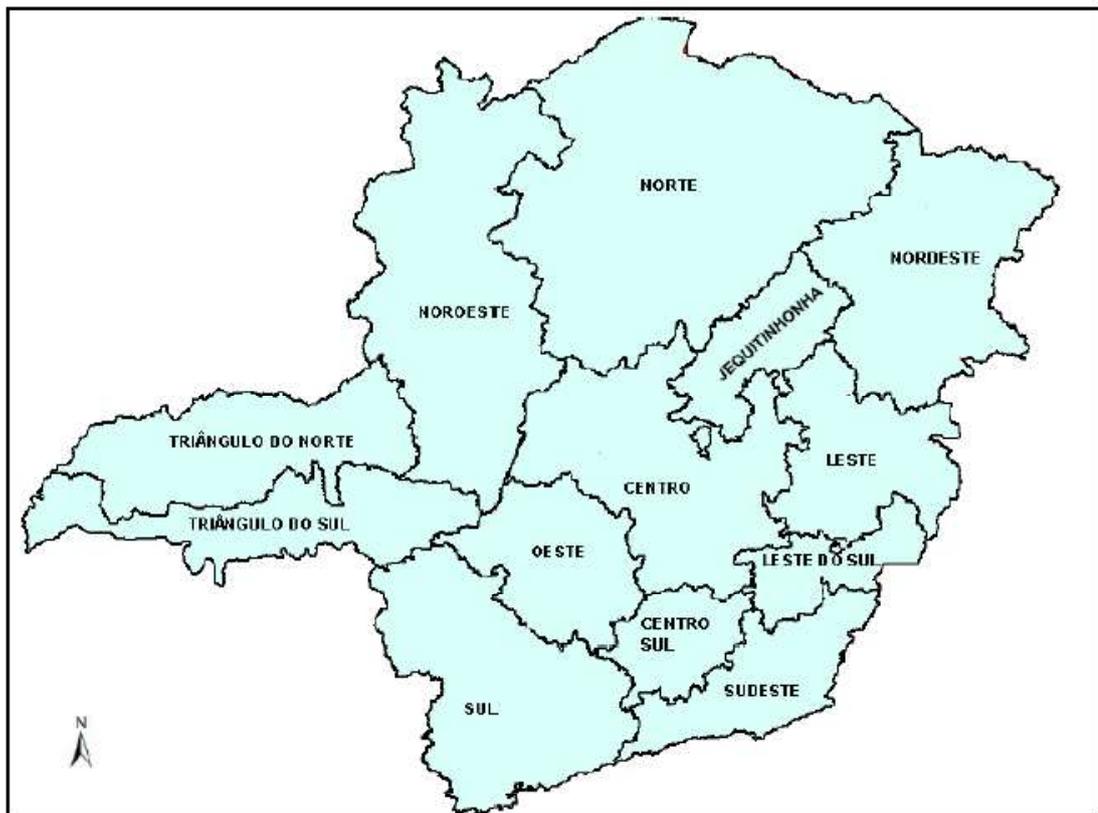


## 4 MÉTODOS

O presente estudo epidemiológico descritivo foi realizado com 35 farmacêuticos das farmácias públicas dos municípios que compõem a SRS de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, no período de agosto a outubro de 2018.

Ao todo são 33 municípios, sendo 29 municípios que compõem a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha: Alvorada de Minas, Araçuaí, Aricanduva, Berilo, Capelinha, Carbonita, Chapada do Norte, Coluna, Congonhas do Norte, Coronel Murta, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Francisco Badaró, Gouveia, Itamarandiba, Jenipapo de Minas, José Gonçalves de Minas, Leme do Prado, Minas Novas, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves, Serro, Turmalina, Veredinha e Virgem da Lapa, e 4 municípios da Região Ampliada de Saúde Centro: Materlândia, Rio Vermelho, Sabinópolis e Serra Azul de Minas (MAPA 1). Estes são municípios de pequeno porte, com população que varia de 3.059 a 48.095 habitantes (MINAS GERAIS, 2017).

**Mapa 1 - Mapa das Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais, 2014.**



Fonte: MINAS GERAIS, 2017.

A SRS de Diamantina tem por finalidade apoiar, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde, fortalecendo a governança regional do Sistema Estadual de Saúde em sua área de abrangência, conforme o Decreto N° 45.812, de 14 de dezembro de 2011. Localizada no município de Diamantina, no Vale do Jequitinhonha, no estado de Minas Gerais. Foi criada no ano de 1973, com uma população estimada em 428.461 habitantes, apresentando o município de Capelinha a maior densidade demográfica com 38,93 habitantes/Km<sup>2</sup>, e Senador Modestino Gonçalves a menor com 4,68 habitantes/km<sup>2</sup> (MINAS GERAIS, 2017).

Na região estudada o município que apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é Serra Azul de Minas (0,557) e o município que apresenta o maior IDH é Diamantina (0,716) (PNUD, 2013). Do total de 33 municípios, 27 possuem até 20 mil habitantes e os demais não ultrapassam 50 mil habitantes (MINAS GERAIS, 2017).

O polo de referência em saúde é o município de Diamantina com área territorial de 3.869,8 Km<sup>2</sup> e uma população estimada de 48.095 habitantes (MINAS GERAIS, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) brasileiro é um número que varia entre 0 e 1 e considera as três dimensões, longevidade, educação e renda. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de uma unidade federativa, município ou região metropolitana. A faixa de desenvolvimento humano municipal varia: muito baixo (0 – 0,499), baixo (0,500 – 0,599), médio (0,600 – 0,699), alto (0,700 – 0,799) e muito alto (0,800 – 1) (PNUD, 2013).

A população é atendida pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE), pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em dois hospitais: a Santa Casa de Caridade de Diamantina de caráter filantrópico, que possui 100 leitos, o Pronto Atendimento e o Serviço de Hemodiálise; e o Hospital Nossa Senhora da Saúde, com 77 leitos.

O critério de inclusão dos profissionais foi ser farmacêutico que atua na farmácia pública dos municípios de jurisdição da SRS de Diamantina.

O instrumento (Anexo A) empregado para a coleta de dados foi elaborado para esta pesquisa, utilizando outros instrumentos validados da literatura como referência. Para tanto, realizou-se uma fase de estudo piloto para adequação do instrumento, com cinco profissionais farmacêuticos que foram excluídos da pesquisa. Foram investigadas informações sobre características demográficas dos farmacêuticos como: idade, gênero, formação, anos trabalhando em cuidados de saúde e recebimento de treinamento em cuidados sobre TB. O conhecimento sobre a TB, atitudes e práticas também foram avaliados. Os participantes também foram questionados sobre atendimento ao paciente, gestão do serviço e interdisciplinaridade profissional.

Realizou-se um convite para participação na pesquisa a todos os farmacêuticos por telefone. Após a concordância, o questionário impresso e duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) foram enviados pelos Correios. Posteriormente, os profissionais retornaram os documentos da mesma forma à pesquisadora, no endereço da SRS de Diamantina.

À época em que foram coletados os dados, os municípios Araçuaí, Minas Novas e Rio Vermelho apresentavam 2 farmacêuticos atuando na farmácia pública municipal e os demais municípios apresentavam 1 farmacêutico. Ao todo foram convidados 36 farmacêuticos a participarem do presente estudo, entretanto um farmacêutico não respondeu o questionário.

Após a coleta, foi realizada digitação dupla dos dados e posterior pareamento dos mesmos no programa *Excel (Office 2010)* para identificação de erros, inconsistências e dados em branco. Foi feita uma análise descritiva, por distribuição de frequências absolutas com intuito de descrever o perfil da força do trabalho do farmacêutico em equipe.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, conforme parecer consubstanciado do CEP nº 2.602.608 (Anexo C). Também houve a anuência do Superintendente Regional de Saúde de Diamantina. Os farmacêuticos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o TCLE. Foram assegurados a privacidade e o sigilo da identificação do participante.



## 5 RESULTADOS

Participaram do estudo 35 farmacêuticos que atuam nas farmácias públicas na região de abrangência da SRS de Diamantina. A maioria era do sexo feminino, com idade média de 32 anos (DP = 6). A formação de graduação em Farmácia foi de 60% em instituição privada; com 60% de Generalista, 28,6% com habilitação em Análises Clínicas e 11,4% em Indústria. Treze dos farmacêuticos (37,1%) possuíam sete anos ou mais de experiência na AF, e não tinham curso de especialização. Em relação à faixa salarial, 24 (68,6%) dos sujeitos investigados afirmaram receber entre R\$ 2.000 e R\$ 3.000. Dos 35 farmacêuticos que participaram da pesquisa, 31 (88,6%) responderam possuir conhecimento sobre a educação interprofissional e 15 (42,9%) consideraram boa interação com outros profissionais de saúde. Com relação às características populacionais dos municípios estudados, 16 (45,7%) possuíam de 5.001 a 20.000 habitantes e ainda, 24 (68,6%) mostraram possuir IDH médio (TAB. 1).

**Tabela 1- Caracterização dos farmacêuticos da Farmácia Pública na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=35).**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sexo		
Masculino	07	20,0
Feminino	28	80,0
Faixa etária		
21 – 25	04	11,4
26 – 30	10	28,6
31 – 35	10	28,6
36 – 40	08	22,8
> 40	03	8,6
Formação		
Generalista	21	60,0
Habilitação em Análises Clínicas	10	28,6
Habilitação em Indústria	04	11,4
Instituição de Nível Superior		
Pública	14	40,0
Privada	21	60,0
Faixa salarial		
< 2.000,00	03	8,6
2.000,00 – 3.000,00	24	68,6
3.000,00 – 4.000,00	07	20,0
> 4.000,00	01	2,8
Anos de experiência na Assistência Farmacêutica		
1 – 3 anos	12	34,3
4 – 6 anos	10	28,6
> 7 anos	13	37,1
Conhecimento sobre a educação interprofissional		
Sim	31	88,6
Não	04	11,4
Interação com outros profissionais da saúde		
Muito boa	11	31,4
Boa	15	42,9
Razoável	09	25,7
Faixa Populacional dos Municípios*		
< 5.000	11	31,4
5.001 – 20.000	16	45,7
20.001 – 50.000	08	22,8
IDH**		
Baixo	10	28,6
Médio	24	68,6
Alto	01	2,8

\*Fonte: <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>.

\*\*IDH: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/).

Várias lacunas foram identificadas na descrição do cuidado em saúde sobre a TB pelos farmacêuticos entrevistados, tais como o desconhecimento sobre a Estratégia Global e Metas para Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose (57,1%) e sobre o PNFT (71,4%). Ressalta-se que 88,6% das repostas dos farmacêuticos mostraram que os medicamentos estratégicos para o tratamento da TB eram armazenados na farmácia pública, no entanto 60% dos profissionais não eram responsáveis por estes medicamentos. Soube-se por meio da investigação, que 91,4% dos profissionais seguem as boas práticas de armazenamento e 62,9% afirmaram possuir a responsabilidade pela dispensação dos medicamentos estratégicos. Também foi identificado que a responsabilidade pelo TDO foi em 60,0% pelo enfermeiro (TAB. 2).

**Tabela 2 - Descrição do cuidado em saúde sobre a Tuberculose pelos farmacêuticos da Farmácia Pública na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=35).**

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Conhecimento sobre a Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose		
Sim	15	42,9
Não	20	57,1
Conhecimento sobre o Plano Nacional para o Fim da Tuberculose		
Sim	10	28,6
Não	25	71,4
Local de armazenamento dos medicamentos estratégicos		
Farmácia pública	31	88,6
Unidade básica de saúde	02	5,7
Outro lugar	02	5,7
Armazenamento dos medicamentos estratégicos atende às Boas Práticas		
Sim	32	91,4
Não	03	8,6
Responsabilidade pelos medicamentos estratégicos para a Tuberculose		
Sim	14	40,0
Não	21	60,0
Responsabilidade pela dispensação dos medicamentos estratégicos para a Tuberculose		
Sim	22	62,9
Não	13	37,1
Responsabilidade pelo Tratamento Diretamente Observado (TDO) dos pacientes com Tuberculose		
Enfermeiro	21	60,0
Enfermeiro + Técnico de Enfermagem	08	22,8
Farmacêutico	03	8,6
Não respondeu	03	8,6

Ainda, como parte do trabalho, sobre a percepção dos farmacêuticos para o planejamento dos cuidados em saúde para a TB, consideraram muito importante a escolaridade dos pacientes e das famílias (74,3%), a compreensão das implicações da educação em saúde (85,7%), o reconhecimento do significado do tratamento médico (80,0%) e o treinamento profissional para aprimorar conhecimentos e habilidades para prestação do serviço (65,7%). Contudo, foi identificada dificuldade de inserir no planejamento dos cuidados a presença de vídeos, filmes e outros recursos de mídia para elaborar as intervenções em educação em saúde (34,3%) (TAB. 3).

**Tabela 3 - Percepção dos farmacêuticos para o planejamento dos cuidados em saúde para a Tuberculose na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=35).**

<b>Respostas</b>	<b>Muito importante (%)</b>	<b>Importante (%)</b>	<b>Nenhuma importância (%)</b>
Presença de revistas, folhetos e outros materiais impressos para o paciente e família que refletem as diferenças culturais	10 (28,6)	21 (60,0)	04 (11,4)
Presença de vídeos, filmes ou outros recursos de mídia para a educação em saúde, tratamento ou outras intervenções para o paciente e família	12 (34,3)	11 (31,4)	12 (34,3)
Poucos anos de escolaridade dos pacientes e famílias tem influência na sua capacidade de comunicar de forma eficaz	26 (74,3)	05 (14,3)	04 (11,4)
Identificação de coloquialismos familiares utilizados pelos pacientes e famílias que possam ter impacto na avaliação, tratamento, promoção da saúde e educação ou outras intervenções	21 (60,0)	10 (28,6)	04 (11,4)
Compreensão das implicações da educação em saúde no contexto dos papéis e das responsabilidades	30 (85,7)	03 (8,6)	02 (5,7)
Defesa do uso de vários formatos e abordagens de comunicação como alternativa para compartilhar informações com pacientes e família que sofrem de alguma deficiência	27 (77,1)	07 (20,0)	01 (2,9)
Reconhecimento e aceitação de que pessoas de diversas origens culturais podem desejar não mudar sua cultura em relação à cultura dominante presente no espaço territorial	28 (80,0)	04 (11,4)	03 (8,6)
Entendimento de que os fatores etários e do ciclo de vida devem ser considerados nas interações com indivíduos e famílias	20 (57,1)	13 (37,1)	02 (5,7)
Reconhecimento de que o significado ou o valor do tratamento médico, demais profissionais da equipe e da educação em saúde podem variar muito entre as culturas	28 (80,0)	6 (17,1)	01 (2,9)
Entendimento de que a percepção da saúde, bem estar, e serviços de saúde preventivos têm diferentes significados para diferentes grupos culturais	26 (74,3)	08 (22,8)	01 (2,9)
Reconhecimento e compreensão de que as crenças e conceitos de bem-estar emocional variam significativamente de cultura para cultura	24 (68,6)	09 (25,7)	02 (5,7)
Entendimento de que as crenças sobre a doença mental e deficiência emocional são baseadas culturalmente.	21 (60,0)	10 (28,6)	04 (11,4)
Aceitação de que as respostas a estas condições e tratamentos relacionados e intervenções são fortemente influenciados pela cultura	24 (68,6)	09 (25,7)	02 (5,7)
Reconhecimento e aceitação de que pessoas e crenças religiosas podem influenciar o paciente e família	24 (68,6)	09 (25,7)	02 (5,7)
Busca de informação dos pacientes e famílias para ajudar na adaptação do serviço para responder às necessidades e preferências de grupos cultural e etnicamente diversos	17 (48,6)	14 (40,0)	04 (11,4)
Ciência dos fatores de risco socioeconômicos e ambientais que contribuem para as desigualdades de saúde e de saúde mental	22 (62,8)	10 (28,6)	03 (8,6)
Treinamento profissional para aprimorar os conhecimentos e habilidades na prestação de serviços e apoio cultural e linguístico aos diversos grupos	23 (65,7)	8 (22,8)	04 (11,4)

Também foi identificada a percepção dos farmacêuticos quanto à interação com outros profissionais nos cuidados em saúde para o paciente com TB. Os profissionais afirmaram que todo dia discutem o atendimento do paciente com o enfermeiro (25,7%), o farmacêutico (28,6%) e o médico (17,1%), e que gostariam de discutir com o agente comunitário (31,4%), o psicólogo (17,1%) e o assistente social (11,4%) (TAB. 4).

**Tabela 4 - Percepção da interação entre os farmacêuticos e outros profissionais nos cuidados em saúde para a Tuberculose na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=35).**

		Todo dia (%)	2 a 3 vezes por semana (%)	1 vez por semana (%)	2 a 3 vezes por mês (%)	1 vez por mês (%)	Poucas vezes no ano (%)	Nunca (%)
Quantas vezes você discute o atendimento de paciente com membros das seguintes profissões?	Profissionais de medicina alternativa	0 (0)	3 (8,6)	0 (0)	0 (0)	1 (2,9)	8 (22,8)	23 (65,7)
	Dentista	0 (0,0)	3 (8,6)	1 (2,9)	4 (11,4)	4 (11,4)	14 (40,0)	9 (25,7)
	Nutricionista	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	1 (2,9)	2 (5,7)	11 (31,4)	18 (51,4)
	Enfermeiro	9 (25,7)	5 (14,3)	5 (14,3)	6 (17,1)	2 (5,7)	8 (22,8)	0 (0,0)
	Farmacêutico	10 (28,6)	7 (20,0)	1 (2,9)	1 (2,9)	4 (11,4)	4 (11,4)	8 (22,8)
	Médico	6 (17,1)	4 (11,4)	2 (5,7)	7 (20,0)	6 (17,1)	9 (25,7)	1 (2,9)
	Terapeuta ocupacional	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,7)	5 (14,3)	27 (77,1)
	Psicólogo	1 (2,9)	1 (2,9)	2 (5,7)	3 (8,6)	4 (11,4)	10 (28,6)	14 (40,0)
	Assistente Social	2 (5,7)	4 (11,4)	2 (5,7)	1 (2,9)	2 (5,7)	11 (31,4)	13 (37,1)
	Agente comunitário	6 (17,1)	11 (31,4)	0 (0,0)	4 (11,4)	3 (8,6)	8 (22,8)	3 (8,6)
Quantas vezes você GOSTARIA de discutir o atendimento de paciente com membros da equipe das seguintes profissões?	Profissionais de medicina alternativa	3 (8,6)	4 (11,4)	5 (14,3)	3 (8,6)	11 (31,4)	3 (8,6)	6 (17,1)
	Dentista	1 (2,9)	8 (22,8)	5 (14,3)	4 (11,4)	13 (37,1)	3 (8,6)	1 (2,9)
	Nutricionista	2 (5,7)	4 (11,4)	7 (20,0)	2 (5,7)	16 (45,7)	2 (5,7)	2 (5,7)
	Enfermeiro	16 (45,7)	5 (14,3)	6 (17,1)	3 (8,6)	5 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Farmacêutico	15 (42,8)	5 (14,3)	4 (11,4)	1 (2,9)	3 (8,6)	0 (0,0)	7 (20,0)
	Médico	16 (45,7)	7 (20,0)	3 (8,6)	6 (17,1)	2 (5,7)	0 (0,0)	1 (2,9)
	Terapeuta ocupacional	3 (8,6)	4 (11,4)	2 (5,7)	1 (2,9)	13 (37,1)	4 (11,4)	8 (22,8)
	Psicólogo	6 (17,1)	4 (11,4)	5 (14,3)	3 (8,6)	15 (42,8)	1 (2,9)	1 (2,9)
	Assistente Social	4 (11,4)	4 (11,4)	7 (20,0)	3 (8,6)	15 (42,8)	1 (2,9)	1 (2,9)
	Agente comunitário	11 (31,4)	4 (11,4)	5 (14,3)	4 (11,4)	10 (28,6)	1 (2,9)	0 (0,0)

A maioria dos farmacêuticos relatou, que enquanto membro de uma equipe de saúde, as seguintes atividades devem ser compartilhadas com outras profissões: educação do paciente (94,3%), monitorização de sintomas (82,8%), fornecer outros serviços de cuidado em saúde (82,8%), assumir a responsabilidade legal pelas ações da equipe (77,1%) e co-organizar as atividades da equipe (71,4%) (TAB. 5).

**Tabela 5 - Percepção dos farmacêuticos enquanto membro de uma equipe de saúde para os cuidados em saúde para a Tuberculose na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=35).**

Atividade	Papel exclusivo da minha profissão (%)	Principalmente papel da minha profissão (%)	Papel a ser compartilhado com outras profissões (%)	Principalmente papel de outra profissão (%)	Papel exclusivo de outra profissão (%)
Educação do paciente	1 (2,9)	1 (2,9)	33 (94,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Visita domiciliar	0 (0,0)	1 (2,9)	24 (68,6)	9 (25,7)	1 (2,9)
Fornecer atendimento clínico para doença específica	0 (0,0)	2 (5,7)	24 (68,6)	8 (22,8)	1 (2,9)
Dispensação de medicamentos	31 (88,6)	4 (11,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Prescrição de medicamentos	0 (0,0)	1 (2,9)	17 (48,6)	12 (34,3)	5 (14,3)
Diagnóstico de doenças	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (14,3)	13 (37,1)	17 (48,6)
Monitorização de sintomas	0 (0,0)	1 (2,9)	29 (82,8)	5 (14,3)	0 (0,0)
Avaliar exames laboratoriais	0 (0,0)	2 (5,7)	22 (62,8)	9 (25,7)	2 (5,7)
Avaliar a performance dos membros da equipe	0 (0,0)	0 (0,0)	24 (68,6)	5 (14,3)	6 (17,1)
Co-organizar as atividades da equipe	0 (0,0)	0 (0,0)	25 (71,4)	8 (22,8)	2 (5,7)
Avaliação nutricional	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (11,4)	12 (34,3)	19 (54,3)
Planejamento da dieta	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (40,0)	21 (60,0)
Aconselhamento nutricional	0 (0,0)	1 (2,9)	17 (48,6)	9 (25,7)	8 (22,8)
Fornecer outros serviços de cuidados de saúde	0 (0,0)	1 (2,9)	29 (82,8)	5 (14,3)	0 (0,0)
Avaliar o estado de saúde de um paciente	0 (0,0)	1 (2,9)	23 (65,7)	7 (20,0)	4 (11,4)
Avaliar a resposta do paciente ao tratamento	1 (2,9)	8 (22,8)	23 (65,7)	2 (5,7)	1 (2,9)
Assumir a responsabilidade legal para as ações da equipe	0 (0,0)	1 (2,9)	27 (77,1)	6 (17,1)	1 (2,9)

Como parte de uma equipe de saúde, o quão é importante para você ter um papel na realização das seguintes atividades?

O relato dos profissionais estudados mostrou concordância plena de que o conhecimento profissional e a habilidade do trabalho em equipe são fundamentais para: tratamento integral do paciente (60,0%); melhor suporte aos cuidadores familiares (42,8%); atende melhor as necessidades, quando comparado com outras formas de trabalho (34,3%); e ainda melhora a qualidade do cuidado (31,4%) (TAB. 6).

**Tabela 6 - Percepção dos farmacêuticos sobre o conhecimento profissional e habilidades das equipes de cuidados de saúde para avaliar e acompanhar os seus pacientes na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n=35).**

	Concordo plenamente (%)	Concordo (%)	Discordo (%)	Discordo plenamente (%)	Incapaz de julgar (%)
Comparando a outras formas de trabalho, a abordagem de equipe melhor atende às necessidades dos pacientes	12 (34,3)	23 (65,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Comparando a outras formas de trabalho, a abordagem de equipe dá melhor suporte aos cuidadores familiares	15 (42,8)	19 (54,3)	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Pacientes que recebem cuidados de uma equipe são mais propensos a serem tratados integralmente	21 (60,0)	14 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
As dificuldades de prestação de cuidados da equipe superam os seus benefícios para os pacientes	6 (17,1)	9 (25,7)	18 (51,4)	0 (0,0)	2 (5,7)
Trabalhar com uma equipe tornaria os profissionais de saúde mais entusiasmados com seu trabalho	11 (31,4)	20 (57,1)	4 (11,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ao trabalhar como um membro de uma equipe, os profissionais de saúde seriam mais responsáveis para atender as necessidades emocionais de pacientes do que aqueles que trabalham individualmente	8 (22,8)	15 (42,8)	10 (28,6)	0 (0,0)	2 (5,7)
A especificidade da profissão torna a comunicação entre os profissionais de saúde difícil	1 (2,9)	9 (25,7)	21 (60,0)	3 (8,6)	1 (2,9)
A abordagem de equipe melhora a qualidade dos cuidados que podem ser prestados aos pacientes	11 (31,4)	24 (68,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
A longo prazo, a abordagem de equipe aumenta o custo do atendimento ao paciente	0 (0,0)	2 (5,7)	27 (77,1)	1 (2,9)	5 (14,3)
Minha profissão precisa cooperar mais com outras profissões de saúde	0 (0,0)	21 (60,0)	10 (28,6)	3 (8,6)	1 (2,9)
A qualidade da relação entre profissionais de saúde e outros profissionais é muito boa	0 (0,0)	13 (37,1)	20 (57,1)	0 (0,0)	2 (5,7)
A outras profissões de saúde são muito protetoras do “espaço profissional	3 (8,6)	19 (54,3)	12 (34,3)	0 (0,0)	1 (2,9)
Na prática comunitária, não há tempo suficiente para realizar atividades baseadas em equipe	2 (5,7)	10 (28,6)	22 (62,8)	1 (2,9)	0 (0,0)
Nas práticas comunitárias existem poucas oportunidades para se encontrar com profissionais de cuidados de saúde	0 (0,0)	19 (54,3)	16 (45,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
O conhecimento clínico da minha profissão não é suficiente para tornar-me um membro efetivo de uma equipe	0 (0,0)	6 (17,1)	20 (57,1)	9 (25,7)	0 (0,0)
Equipes de cuidados de saúde não estão preparadas para exercer as práticas comunitárias	0 (0,0)	1 (2,9)	30 (85,7)	3 (8,6)	1 (2,9)



## 6 DISCUSSÃO

As principais características dos farmacêuticos: mulheres jovens, com formação em instituição privada e generalista. Os estudos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) mostraram a marcante presença das mulheres (62,0%) nas atividades da AF municipal, como resultado da ampliação do acesso à formação superior em Farmácia e aumento do número de mulheres no mercado de trabalho farmacêutico (CARVALHO et al., 2017). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Oliveira et al. (2017) realizado em farmácias e drogarias privadas do estado do Rio de Janeiro, com percentual de 74,5%.

No tocante à formação profissional deste estudo, destacou-se o setor privado e a formação generalista. Para Oliveira et al. (2017), os farmacêuticos formados nas universidades públicas representaram apenas 23,8%, e uma das razões para a maioria dos farmacêuticos da pesquisa ter sua formação em universidades privadas está relacionada com o próprio cenário do crescimento do ensino superior no Brasil, particularmente na área da saúde. Além disso, de acordo com Haddad et al. (2006), após a década de 90, as instituições privadas ofereceram a maioria das vagas para os cursos de farmácia, mediante os incentivos do Estado que facilitaram a abertura de tais instituições e disponibilidade de bolsas.

A formação do profissional farmacêutico no Brasil sofreu transformações. Destacam-se em: 1963, onde se estabeleceu um novo Currículo Mínimo para o curso de Farmácia, direcionando a formação para a área industrial e marcando o início do distanciamento do farmacêutico da sua atuação nas farmácias; 1969, que correspondeu ao Currículo Mínimo para o curso de Farmácia elaborado a partir da Reforma Universitária de 1968, o qual voltou a formação para atender às demandas das indústrias; 2002, ano em que foi homologada as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia – o perfil profissional passou a caracterizar-se com perfil generalista, assim respectivamente, como Farmacêutico Bioquímico, Farmacêutico Industrial e Farmacêutico Generalista (BARBÉRIO, 2005); em 2017 a formação deve estar estruturada nos eixos Cuidado em Saúde, Tecnologia e Inovação em Saúde e Gestão em Saúde.

A educação generalista do farmacêutico abriu possibilidades de mudanças curriculares atuais, adaptando-se às funções e responsabilidades para dar resposta às novas e emergentes necessidades dos pacientes e da sociedade civil (BRASIL, 2017g). Nesse sentido, no Brasil, a educação farmacêutica está em consonância com as diretrizes internacionais estabelecidas pela Federação Internacional Farmacêutica (FIP), para incentivar o

desenvolvimento da força de trabalho, considerando mudanças demográficas, necessidades em saúde, competências e liderança nos sistemas de saúde (FIP, 2017).

A obrigação da presença do farmacêutico em farmácias é vinculada à legislação sanitária e ao piso salarial. A força de trabalho depende da atuação dos farmacêuticos para garantir a segurança da população por meio da gestão técnica e clínica da AF, resguardada pela Lei 13.021 de 8 de agosto de 2014 que reforça a farmácia como uma unidade de prestação de AF e assistência à saúde (BRASIL, 2014).

Esta conformação, legal, reafirma que as farmácias desempenham um papel essencial na rede de cuidados de saúde. Embora sua principal atividade possa ser a dispensação de medicamentos, podem contribuir para a prevenção e o acompanhamento de pacientes crônicos e atendimento farmacêutico centrado no paciente. Como consequência, o futuro do papel do farmacêutico envolverá o fornecimento de serviços que exigirá o maior envolvimento dentro dos processos de saúde de cada paciente.

Evidências sugerem que os pacientes com TB e baixa renda têm dificuldades de acesso ao serviço de saúde que fornecem cuidados específicos (SREERAMAREDDY et al., 2009). Esse é um aspecto importante quando relacionadas as estratégias do Programa de Monitoramento e Controle e o PNFT. O sistema de saúde deve redefinir a contribuição que a farmácia poderá fazer como um espaço de trabalho de cuidados primários. Os primeiros sintomas da TB são comuns, vagos e persistentes, levando os indivíduos infectados a procurar atendimento de uma variedade de serviços de saúde de cuidados primários locais (KAPOOR et al., 2012).

Estudo envolvendo 13 países mostrou que o caminho que o paciente com TB faz é em 60% a procura pelo serviço privado que inclui as farmácias (CHIN; HANSON, 2017). Na região de abrangência da SRS de Diamantina, de acordo com dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, estima-se que as farmácias privadas são em número 172, sendo 165 drogarias e sete farmácias de manipulação. Além dessas farmácias, existem 33 farmácias públicas municipais com a presença do farmacêutico. E para muitos pacientes, a farmácia poderá ser o primeiro ponto de contato, onde se encontram outros medicamentos.

Deve-se repensar o serviço que poderá ser ofertado pela farmácia e em especial, na AF direcionada para a saúde respiratória. O que exatamente os farmacêuticos fazem quando encontram pacientes com suspeita ou TB confirmada? Dois estudos com pacientes, em quatro cidades indianas, mostraram como as farmácias gerenciaram estes cuidados (SATYANARAYANA et al., 2016; CAZABON et al., 2017). É necessário pensar além dos modelos tradicionais sobre a força do trabalho do farmacêutico, que inclui reconhecer quem

tem TB e encaminhar os pacientes (DAFTARY; JHA; PAI, 2017). Farmacêuticos podem prestar uma variedade de serviços para a TB em toda a rede de atendimento e melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes (SULIS; PAI, 2017).

Entre os aspectos positivos dos farmacêuticos estudados estão o conhecimento sobre a EIP e a boa interação com outros profissionais de saúde. Estudos internacionais em geriatria mostram os farmacêuticos como parte de equipes multidisciplinares, exercendo um cuidado de alta qualidade, coordenado e centrado no paciente, garantindo melhores resultados na farmacoterapia (SPINEWINE et al., 2018).

De acordo com Thomson et al. (2015), investigações sobre a EIP e relações interprofissionais foram evoluindo dos ambientes universitários para o serviço clínico. Estes autores mostraram que as experiências interprofissionais de recém-formados atuando em ambientes clínicos mudaram as reflexões sobre o impacto da EIP. Além disso, a inclusão de graduados em farmácia, com os de medicina e de enfermagem, teve como objetivo obter uma perspectiva interprofissional sobre as práticas de comunicação nesses ambientes, dos principais profissionais envolvidos na segurança dos medicamentos (THOMSON et al., 2015). Isto é consistente com a Estratégia Fim da TB da OMS, que enfatiza o cuidado centrado no paciente e a participação de todos os profissionais e serviços envolvidos (UPLEKAR et al., 2015).

A força do trabalho do farmacêutico esteve presente em municípios de pequeno porte e com IDH médio. De acordo com a OMS, é recomendável para cada 10 mil habitantes um estabelecimento farmacêutico, e é um dos principais indicadores para avaliar o serviço de saúde. Neste mesmo estudo, foi enfatizado que para reduzir a desigualdade na distribuição de serviços farmacêuticos, novas políticas e legislação são necessárias para aumentar a força do trabalho farmacêutica (WARD et al., 2014).

Segundo Carvalho, Santos e Campos (2013), o planejamento da força de trabalho em saúde é um ato político e está condicionado não só ao conhecimento técnico, mas, também, entre outros fatores, ao modelo vigente de atenção à saúde, pois o número, o perfil e a distribuição de trabalhadores da saúde estão articulados a escolhas políticas e a valores e princípios a serem garantidos na organização dos sistemas de saúde.

Em consonância com esta política, MG estabeleceu avançadas políticas públicas para a saúde, inclusive na área da AF. O Programa Estadual de Assistência Farmacêutica fornece os medicamentos do SUS, e prevê contemplar ações voltadas à clínica e também de apoio aos municípios. Destacam-se as seguintes ações: qualificação dos serviços farmacêuticos vinculados à rede de farmácias públicas por meio do Programa do Cuidado Farmacêutico; garantia do abastecimento regular de medicamentos essenciais; Regionalização da Assistência

Farmacêutica; garantia da estrutura adequada para atendimento humanizado e armazenamento dos medicamentos por meio da RFM e fortalecimento do SIGAF.

Garcia et al. (2017) afirmaram que o Programa RFM mostrou-se economicamente mais favorável que a terceirização dos serviços para o setor privado e, isto, está diretamente relacionado à sua capacidade de atendimento de pacientes. Mas, é importante lembrar que estudos mostram que os cuidados recebidos em farmácias de países de baixa e média renda são inadequados, apesar de ser o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema de saúde (SMITH, 2009; WAFULA; MIRITI; GOODMAN, 2012; MILLER; GOODMAN, 2016).

Dentro deste cenário, Minas Gerais conquistou uma série de avanços na área da saúde proporcionando um aumento observado na força de trabalho, em especial na região de abrangência da SRS de Diamantina, que se deu com a política do Programa RFM (MINAS GERAIS, 2008a). A implantação desta Rede se deu por intermédio de um incentivo financeiro que permitiu a construção e montagem de farmácias organizadas para colocar à disposição da população serviços farmacêuticos qualificados e a contratação de farmacêuticos.

Ao todo são 29 Unidades da RFM na região estudada. Apenas Carbonita, Diamantina, Itamarandiba e Santo Antônio do Itambé não possuem a unidade.

Outro aspecto positivo é que 91,4% dos farmacêuticos alegaram que o armazenamento dos medicamentos estratégicos atende às boas práticas. Esse achado difere dos resultados encontrados em estudo realizado pela PNAUM que caracterizou a situação sanitária dos medicamentos na Atenção Básica, nas regiões brasileiras. Tal estudo mostrou deficiências relevantes e desigualdades entre as regiões, em geral mais favoráveis nas regiões Sudeste e Centro-Oeste e mais deficitárias nas regiões Nordeste e Norte. Constatou-se descumprimento de requisitos técnicos e sanitários imprescindíveis à conservação dos medicamentos (COSTA et al., 2017b).

É importante ressaltar que as farmácias devem dispor de infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos. O resultado favorável encontrado no presente estudo pode estar relacionado ao Programa RFM que prevê farmácias públicas municipais com estruturas físicas adequadas e a fixação do profissional farmacêutico.

O estudo apresenta as limitações inerentes à percepção dos farmacêuticos sobre os seus papéis no controle da TB na região de abrangência da SRS de Diamantina. Segundo Konduri et al. (2017), em 33 documentos revisados, os farmacêuticos foram incluídos pela primeira vez como parte da definição formal de provedores no quadro de políticas emergentes da OMS de 2001. Adicionalmente, a OMS propõe que para a Estratégia Fim da TB ocorrer de

forma bem-sucedida é necessário ampliar os espaços de acesso da população aos estabelecimentos farmacêuticos públicos e privados (KONDURI; DELMOTTE; RUTTA, 2017).

É importante também considerar a forma de organização das Unidades da RFM no estado de Minas Gerais e as diferenças com as demais regiões do Brasil, favorecendo para a hegemonia do farmacêutico na gestão técnica, que envolve a coordenação de todas as etapas da AF, em especial a dispensação do medicamento para a TB. Carvalho et al. (2017) afirmaram que na região Sudeste há maior concentração de farmácias centralizadas e consequente diminuição do número de unidades de dispensação nas unidades básicas de saúde. Desta forma, a redução do número de pontos de atenção com dispensação de medicamentos eleva a proporção de unidades que contam com farmacêuticos.

Nesse cenário, o Brasil descentralizou as ações do Programa de Controle da Tuberculose para a AB e as efetivou no controle da doença (WYSOCKI et al., 2017), o que pode também ter levado a força de trabalho farmacêutica a ficar direcionada principalmente para a gestão técnica, e desfavorecendo a atuação na gestão clínica do TDO.

Cabe salientar também as limitações do relato dos farmacêuticos no planejamento do cuidado em saúde para a TB, uma vez que esta doença guarda relação com a pobreza, a exclusão social e a miséria, cenário bastante comum no Brasil (SANTOS et al., 2018) dada à intensa desigualdade social, aumento da pobreza, crescimento urbano e populacional desordenados, e como reflexo, iniquidades sociais em saúde (SANTOS, 2014 *apud* SANTOS et al., 2018).

Entretanto, apesar das iniciativas de qualificação da força de trabalho farmacêutica pelo MS e Conselho Federal de Farmácia, muitos problemas ainda comprometem a qualidade desses serviços no SUS (ARAÚJO et al., 2017), que incluem a formação de graduação, e em especial a educação em saúde para os cuidados farmacêuticos ao paciente com TB. Existem também lacunas na qualificação dos farmacêuticos quanto ao não entendimento do papel do farmacêutico em atividades clínicas diretamente com o paciente e com a comunidade (ARAÚJO et al., 2017).

É importante lembrar que determinadas características do paciente com TB podem comprometer os cuidados em saúde, inclusive a força de trabalho do farmacêutico. Silva et al. (2014) afirmaram que a baixa escolaridade dos pacientes está relacionada aos casos de abandono, menor grau de percepção da doença e falta de conhecimento sobre a gravidade do caso. O desconhecimento da doença e o entendimento de cura são a segunda causa mais associada ao abandono do tratamento da TB (SILVA et al., 2014). Ademais, Sá et al. (2013)

relataram que o esclarecimento ao paciente não oferece garantia de uma comunicação efetiva, considerando lacunas na educação popular em saúde pelos profissionais.

Na região de abrangência da SRS de Diamantina, de acordo com dados secundários obtidos no SINAN, no período de 2016 a 2018 foram notificados 199 casos de tuberculose sendo 65 (32,7%) em 2016, 55 (27,6%) em 2017 e 79 (39,7%) casos em 2018.

Desse total, 47 (23,6%) possuíam escolaridade de primeira à quarta série. Isso reforça a influência dos determinantes sociais sobre a TB. De acordo com uma revisão sistemática, os baixos níveis de escolaridade poderiam aumentar a vulnerabilidade à doença ao refletir o acesso desigual à informação e aos benefícios oriundos do conhecimento (SAN PEDRO; OLIVEIRA, 2013).

Do total de casos, 172 (86,4%) apresentaram a forma pulmonar, 93 (46,7%) evoluíram para a cura, 9 (4,5%) apresentaram óbito por TB, 9 (4,5%) abandonaram o tratamento, e 2 (1%) apresentaram TB drogarresistente (TAB. 7).

**Tabela 7 - Características clínicas dos casos notificados de tuberculose na Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, 2016 a 2018.**

Variável	N=199	%
<b>Forma Clínica</b>		
Pulmonar	172	86,4
Extrapulmonar	18	9,0
Pulmonar + Extrapulmonar	9	4,5
<b>Exame para HIV</b>		
Positivo	11	5,5
Negativo	113	56,8
Em andamento	11	5,5
Não realizado	64	32,2
<b>Evolução</b>		
Cura	93	46,7
Abandono	9	4,5
Óbito por TB*	9	4,5
Óbito por outras causas	12	6,0
Transferência	22	11,1
Mudança de diagnóstico	13	6,5
TB-DR**	2	1,0
Ig/branco	39	19,6

Fonte: SINAN/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

\*TB: tuberculose

\*\*TB-DR: tuberculose drogarresistente

A maioria dos casos apresentaram a forma clínica pulmonar, que é a responsável pela disseminação da doença. A taxa de cura observada (46,7%) está bem abaixo da meta de

90% estabelecida para 2030 (OPAS/OMS, 2019). Considerando que a população da região estudada é de 428.461 habitantes (MINAS GERAIS, 2017), o coeficiente de mortalidade foi de 2,1 óbitos por 100 mil habitantes e está acima da meta estabelecida no PNFT que é reduzir o coeficiente de mortalidade para menos de 1 óbito por 100 mil habitantes até o ano de 2035 (BRASIL, 2017b). Portanto, para o alcance das metas, será necessário implementar novas estratégias para que o cuidado ao paciente com TB seja mais eficaz.

No Dia Mundial da TB, celebrado em 24 de março, a OPAS reforça a necessidade de adotar medidas para preencher as lacunas no atendimento às pessoas com TB, garantir o diagnóstico precoce com novas tecnologias já disponíveis e trabalhar com as populações mais vulneráveis. O slogan da campanha no ano de 2019 é "É hora de agir. Fim da TB" (OPAS/OMS, 2019).

O abandono ao tratamento constitui um grande problema, pois as pessoas com TB que não completam o tratamento continuam doentes e permanecem como fonte de contágio para a família e para a população. Além disso, o abandono leva à resistência medicamentosa e à recidiva da doença (CHIRINOS; MEIRELLES; BOUSFIELD, 2017).

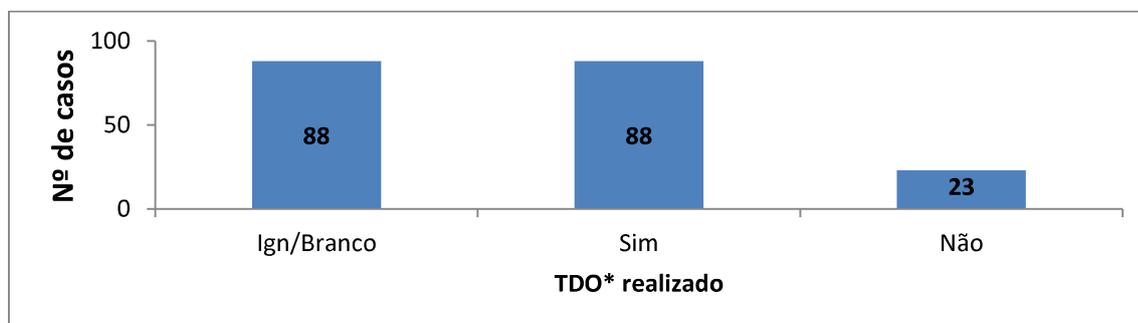
A TB resistente a drogas (TB-DR) ameaça o progresso global em direção às metas estabelecidas pela Estratégia Fim da TB da OMS. Dessa forma, as diretrizes consolidadas da OMS sobre o tratamento da TB resistente a medicamentos cumprem o objetivo de informar os profissionais de saúde sobre como melhorar o tratamento e o cuidado de pacientes com TB-DR (WHO, 2019).

Entre 2011 e 2018, a OMS desenvolveu e emitiu recomendações de políticas baseadas em evidências sobre o tratamento e cuidados de pacientes com TB-DR. Entre estas recomendações políticas, encontram-se as diretrizes da OMS para tratamento da TB-MR e TB-RR, emitidas em dezembro de 2018. Podem-se destacar as seguintes recomendações: a educação em saúde e o aconselhamento sobre a doença e a adesão ao tratamento devem ser fornecidos para pacientes em tratamento de TB; intervenções de adesão ao tratamento podem ser oferecidas a pacientes em tratamento para TB em conjunto com a seleção de uma opção de administração de tratamento adequada; recomenda-se ainda que o TDO seja administrado por profissionais treinados ou profissionais de saúde em vez de ser administrado por familiares ou tratamento não supervisionado (WHO, 2019).

Ainda de acordo com os dados obtidos do SINAN, na região estudada, foi realizado o TDO em 88 (44,2%) casos e outros 88 (44,2 %) tiveram a informação sobre a realização do TDO ignorada ou deixada em branco. Considerando a importância do TDO para desfechos favoráveis e que essa informação está ignorada ou em branco em 44,2% dos casos, sugerindo a

não realização, ressalta-se a necessidade de conscientização quanto a importância da adoção dessa estratégia no tratamento da TB (GRAF.1).

**Gráfico 1- Tratamento Diretamente Observado nos casos de tuberculose da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, 2016 a 2018.**

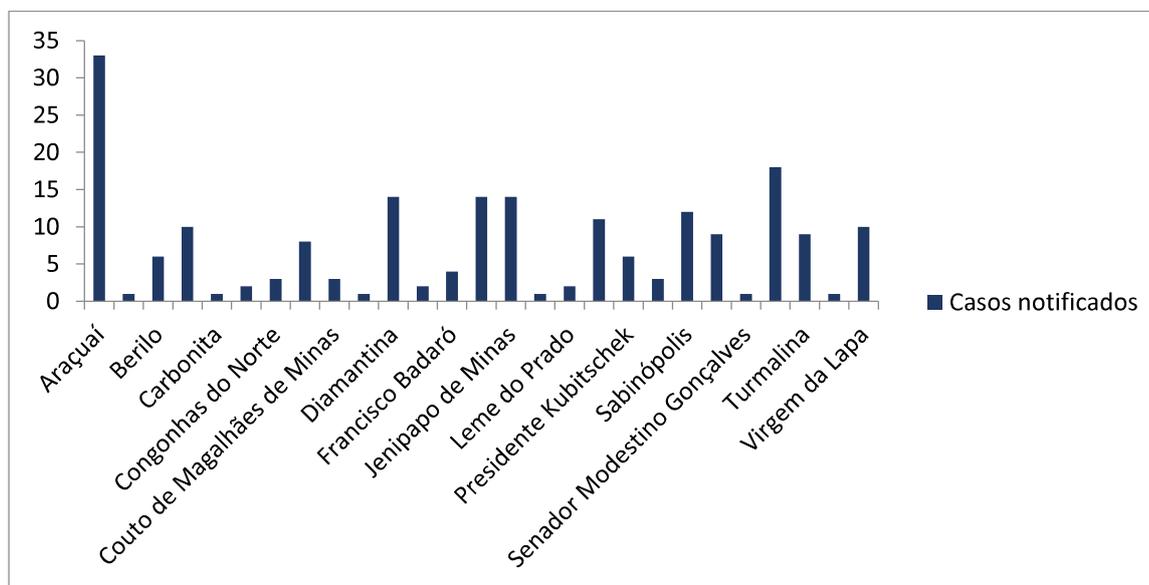


Fonte: SINAN/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, 2019.

\*TDO: Tratamento Diretamente Observado

Os municípios que apresentaram o maior número de casos foram Araçuaí (33) e Serro (18). Em terceiro lugar ficaram os municípios de Diamantina, Itamarandiba e Jenipapo de Minas com 14 casos cada (GRAF. 2).

**Gráfico 2 - Casos confirmados de tuberculose por município de residência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, 2016 a 2018.**



Fonte: SINAN/CPDE/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG, 2019.

Considerando a população dos municípios, a maior incidência de TB no período avaliado é observada em São Gonçalo do Rio Preto, sendo de 281 casos por 100.000 habitantes.

Uma das metas do PNFT é a redução do coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100.000 habitantes até o ano de 2035 (BRASIL, 2017b). Portanto, o coeficiente de incidência observado no município de São Gonçalo do Rio Preto está muito acima da meta.

As relações profissionais dos farmacêuticos entrevistados foram de forma predominante com outro farmacêutico, enfermeiro e médico. No entanto, gostariam de ampliar o seu trabalho com os agentes comunitários, os psicólogos e os assistentes sociais. A PNAUM revelou que a força do trabalho do farmacêutico é restrita à AF, o que pode comprometer o papel como apoio ao sistema de saúde, e a integração com outros profissionais, o que é imprescindível para o desenvolvimento das práticas de saúde em uma abordagem integral (SOUZA et al., 2017).

A pesquisa possibilitou mostrar que o farmacêutico considera que devem ser compartilhados a educação do paciente, a monitorização dos sintomas, o fornecimento de outros serviços de saúde, e a responsabilidade legal e a co-organização das atividades da equipe. No tocante ao trabalho compartilhado do farmacêutico da AF com outros profissionais da AB, a literatura mostra que o NASF AB é um espaço que deve ser utilizado para pactuar os atendimentos específicos, visitas domiciliares ou realizar grupos terapêuticos (BRASIL, 2018c).

A literatura internacional mostra que os farmacêuticos clínicos são um dos elementos da rede de serviço de saúde, integrados por meio de um sistema de informação clínica, que trabalham de forma colaborativa com uma equipe multiprofissional centrada no paciente (HAZEN et al., 2018). A integração clínica do farmacêutico com a equipe multidisciplinar de cuidados primários oferece oportunidades para melhorar o atendimento ao paciente (FREEMAN et al., 2013).

Desta maneira, a parceria entre os profissionais do NASF AB com a força de trabalho do farmacêutico da Farmácia de Minas, poderá contribuir com as ambiciosas metas da Estratégia para o Fim da TB (WHO, 2016), aumentando o acesso ao tratamento e assegurando que os cuidados oferecidos são de alta qualidade. Por se tratar de dois serviços públicos com serviços primários, podem contribuir para analisar sistematicamente as lacunas assistenciais e trabalhar para mensurar e incorporar indicadores de qualidade de atendimento, além dos indicadores de cobertura de rotina do monitoramento e avaliação da TB.

Para o enfrentamento deste desafio, os esforços, para serem bem sucedidos dependem do diagnóstico precoce e do tratamento adequado. Em relação ao tratamento, a OMS estima que a carga global de TB-MDR e TB-RR é de 3,9% dos novos casos de TB ativa e 21% dos casos tratados anteriormente (WHO, 2016). Vale ressaltar que para a força do trabalho

farmacêutica nos cuidados em saúde ao paciente com TB ser efetiva, será necessário romper com os resultados descritos por Araújo et al. (2017a), que relataram serem ainda incipientes as atividades de natureza clínica na AB no Brasil. Assim, para o monitoramento e avaliação do tratamento da TB, em especial, o TDO, cabe destacar que Bradley et al. (2008) mostraram que a atuação clínica do farmacêutico deve estar integrada à equipe de saúde para que os resultados alcançados sejam otimizados, e as barreiras interprofissionais na integração dos farmacêuticos na equipe de cuidado de saúde primária sejam superadas.

Os farmacêuticos entrevistados relataram a importância da integração do conhecimento profissional e habilidade no trabalho em equipe para atingir os cuidados em saúde para o paciente com TB com tratamento integral e de qualidade, incluindo atender melhor às necessidades do sujeito e da família, quando comparado com outras formas de trabalho. Desta forma, a integração das ações de diferentes profissionais é fundamental para garantir a máxima efetividade e o mínimo risco das terapias. Para isso, é necessária uma coordenação integrada das decisões da força de trabalho farmacêutica para a continuidade do cuidado (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Cumprir salientar a necessária atenção à força de trabalho do farmacêutico no contexto do monitoramento e avaliação dos indicadores da TB. Acredita-se que a farmácia pode desempenhar um importante papel nos cuidados com os pacientes com TB, em especial o TDO (WHO, 1999; JUAN et al., 2006; TANVEJSILP et al., 2017; PADAYATCHI et al., 2019).

Segundo Wysocki et al. (2017) houve uma situação desfavorável do indicador de TDO, com a diminuição da realização e efetivação da supervisão medicamentosa na AB, o que impactou diretamente e negativamente no aumento da proporção de abandono e óbitos de pacientes com TB.

Outros estudos revelaram que a não valorização do TDO (HEUFEMANN; GONÇALVES; GARNELO, 2013) e a resistência dos profissionais da AB, diante da incorporação desta atividade nos serviços (SCATENA et al., 2015), podem decorrer tanto da historicidade da realização do TDO, inicialmente centralizada e implementada apenas por profissionais do PCT, como da rotatividade dos profissionais, fragilidade das capacitações realizadas e indisponibilidade de recursos materiais para o oferecimento do TDO no domicílio do doente (BRASIL, 2017), fatos confirmados pela realização do TDO apenas nos serviços da APS.

Frente à persistência da TB e à dificuldade de manutenção da adesão ao tratamento medicamentoso, a presença de profissionais qualificados é fundamental no cuidado em saúde para os pacientes. Esta qualificação profissional, sobretudo do farmacêutico, é necessária para

a implementação da gestão técnica e clínica no cuidado em saúde no processo dinâmico da AF (LEITE et al., 2008). Este modelo de cuidado pode ser implementado tanto na formação, quanto na capacitação dos profissionais farmacêuticos, e portanto, segundo Abu-Rish et al. (2012) as equipes de cuidados interprofissionais de saúde são essenciais para a prática e treinamento efetivos na AB. Para Reeves et al. (2017) a capacidade das equipes interprofissionais de melhorar as relações profissionais, a colaboração e a qualidade do atendimento resultou em maior atenção nas últimas três décadas.

Partindo da importância e necessidade do farmacêutico, hoje, os serviços de saúde necessitam de mais de um profissional de saúde, devido à crescente complexidade das doenças, bem como diante dos desafios para se ter saúde (BRIDGES et al., 2011). A crescente sofisticação da tecnologia em saúde e terapias medicamentosas apoiam a necessidade de abordagens interprofissionais (DARRAGH; HUDDLESTON; KING, 2009; SIMONS; ZIVIANI; COPLEY, 2011; ABU-RISH et al., 2012; GRACE et al., 2016).

Outra vertente sobre este aspecto é que a educação e a prática farmacêutica estão em transição em todo o mundo, e se espera que os papéis dos farmacêuticos mudem nos próximos anos. A FIP escreveu as diretrizes presentes no *Global Pharmacy Action*, que enfatizam a necessidade de a educação e serviços farmacêuticos serem baseados em competências e habilidades (ANDERSON et al., 2008, 2009).

Além disso, a FIP e a OMS emitiram uma declaração conjunta sobre os papéis e responsabilidades dos farmacêuticos em ser cuidador, tomador de decisões, comunicador, gerente, aprendiz ao longo da vida, professor, líder e pesquisador (ANDERSON et al., 2009; KONDURI; DELMOTTE; RUTTA, 2017; PERUHYPE et al., 2018b). Portanto, os farmacêuticos precisam considerar a contribuição à sociedade, estabelecendo, assim, seu status nos cuidados aos pacientes com TB.



## 7 CONCLUSÃO

- Quanto ao perfil dos farmacêuticos, a maioria dos profissionais era do sexo feminino, generalista, com graduação em instituição privada, faixa salarial entre R\$2000 e R\$3000 e possuía mais de sete anos de experiência na AF.
- Conhecimento sobre EIP e ter boa interação com outros profissionais de saúde foram pontos positivos encontrados no estudo.
- Outro ponto positivo é que 91,4% dos farmacêuticos alegaram que o armazenamento dos medicamentos estratégicos atende às boas práticas, sugerindo assim que essa parte da gestão técnica do medicamento é realizada de forma correta.
- Educação do paciente, monitorização de sintomas e outros serviços de cuidado em saúde são atividades que, de acordo com a maioria dos farmacêuticos, devem ser compartilhadas com outras profissões. O conhecimento profissional e a habilidade do trabalho em equipe também foram reconhecidas como fundamentais para o tratamento integral do paciente e para melhorar a qualidade do cuidado.
- Em relação ao cuidado prestado aos pacientes em tratamento para TB, foram identificadas lacunas como o desconhecimento sobre a Estratégia Global e Metas para Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose e sobre o PNFT, assim como a pouca participação do farmacêutico na realização do TDO. Nesse sentido, a integração do farmacêutico na gestão e acompanhamento do paciente com TB é uma estratégia para a obtenção de um cuidado de maior qualidade e o alcance das metas estabelecidas no PNFT.



## REFERÊNCIAS

- ABROGOUA, D. P. et al. Pharmaceutical interventions in the management of tuberculosis in a pneumophtisiology department, Ivory Coast. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v. 12, p. 1749–1756, 2016.
- ABU-RISH, E. et al. Current trends in interprofessional education of health sciences students: a literature review. **Journal of Interprofessional Care**, v. 26, n. 6, p. 444–451, nov. 2012.
- ANDERSON, C. et al. The WHO UNESCO FIP Pharmacy Education Taskforce: Enabling Concerted and Collective Global Action. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 72, n. 6, p.127, 15 dez. 2008.
- ANDERSON, C. et al. The WHO UNESCO FIP Pharmacy Education Taskforce. **Human Resources for Health**, v. 7, n. 1, p. 45, 5 jun. 2009.
- ARAÚJO, A. DA L. A. DE et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl, p. 611–617, abr. 2008.
- ARAÚJO, P. S. et al. Pharmaceutical care in Brazil’s primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl. 2:6s, 2017a.
- ARAÚJO, S. Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1181–1191, abr. 2017.
- BARBÉRIO, J. C. Evolução da profissão farmacêutica nos últimos 40 anos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 41, n. 3, p. i–iv, set. 2005.
- BARBOSA, M. M. et al. Infrastructure evaluation of Pharmaceutical Services in the National Health System of Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475–2486, ago. 2017.
- BERTOLOZZI, M. R. et al. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. **Revista de Medicina**, v. 93, n. 2, p. 83–89, 22 jun. 2014.
- BRADLEY, F. et al. The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: a case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. **Journal of Interprofessional Care**, v. 22, n. 4, p. 387–398, ago. 2008.
- BRASIL. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 6 de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2017g.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Conselho Federal de Farmácia, Brasília, DF, 2016. 200p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. Disponível em: < <http://sngpc.anvisa.gov.br/>> Acesso em: 26 mar.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/medicamentos-rename/cesaf>. Acesso em: 02 nov. 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço.** 5. ed. Rio de Janeiro, RJ, 2002. 236 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V - Capítulo I. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 28 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial da União,** Poder Executivo, Brasília, DF, n. 190, 03 out. 2017c. Seção 1, Suplemento, p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 31 jan. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 28 dez. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 10 nov. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 4 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB).** Brasília, DF, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência**

**Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação:** relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF, 2018a. 125 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil:** diagnóstico situacional a partir de indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília, 2018e. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tuberculose\\_brasil\\_indicadores\\_epidemiologicos\\_operacionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tuberculose_brasil_indicadores_epidemiologicos_operacionais.pdf)> Acesso em 22 jan.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico:** Coinfecção TB-HIV no Brasil: panorama epidemiológico e atividades colaborativas. 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico:** Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. V 49, nº 11. Brasília, mar. 2018f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no Brasil.** Brasília, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil.** Brasília, 2018g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.** Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: Tuberculose.** Brasília, 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde:** volume 2. Brasília, 2017f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica:** protocolo de enfermagem. Brasília, 2011. 168p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 8 ago. 2014.

BRIDGES, D. R. et al. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. **Medical Education Online,** v. 16, 8 abr. 2011.

- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. A national interprofessional competency framework. Vancouver, CIHC/PIS. 2010. Disponível em: <[http:// www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf)> Acesso em 23 jan. 2017.
- CARVALHO, M. DE; SANTOS, N. R. DOS; CAMPOS, G. W. DE S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 372–387, set. 2013.
- CARVALHO, M. N. et al. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl. 2:16s, 2017.
- CAZABON, D. et al. Quality of tuberculosis care in high burden countries: the urgent need to address gaps in the care cascade. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 56, p. 111–116, mar. 2017.
- CECILIO, H. P. M.; MARCON, S. S. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde [Health personnel's views of directly observed treatment of tuberculosis]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 1, 12 jul. 2016.
- CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. Defining IPE. Fareham: CAIPE; 2002. Disponível em< <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>> Acesso em 4 jun. 2013.
- CENTRO PARA O AVANÇO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL. **Introdução à Educação Interprofissional**, jul. 2013.
- CHEN, J. et al. Impact of a Clinical Pharmacist-Led Guidance Team on Cancer Pain Therapy in China: A Prospective Multicenter Cohort Study. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 48, n. 4, p. 500–509, out. 2014.
- CHIN, D. P.; HANSON, C. L. Finding the Missing Tuberculosis Patients. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 216, n. Suppl 7, p. S675–S678, 1 out. 2017.
- CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S.; BOUSFIELD, A. B. S. A Relação Das Representações Sociais Dos Profissionais Da Saúde E Das Pessoas Com Tuberculose Com O Abandono Do Tratamento. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1–8, 2017.
- CHISHOLM-BURNS, M. A. et al. US Pharmacists' Effect as Team Members on Patient Care: Systematic Review and Meta-Analyses. **Medical Care**, v. 48, n. 10, p. 923–933, out. 2010.
- CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical care practice: the patient-centered approach to medication management**, 3rd ed., New York: McGraw - Hill, 2012.697p.
- CLARK, P. M. et al. Effect of pharmacist-led patient education on adherence to tuberculosis treatment. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 64, n. 5, p. 497–505, 1 mar. 2007.

CLEMENTINO, F. DE S. et al. TUBERCULOSIS CONTROL ACTIONS: ANALYSIS BASED ON THE ACCESS AND PRIMARY HEALTH CARE QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41–49, set. 2011.

COSTA, E. A. et al. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl.2, 22 set. 2017a.

COSTA, E. A. et al. Technical issues and conservation conditions of medicines in the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 12s–12s, 22 set. 2017b.

D'AMOUR et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**. v. 8, p.1-14, set. 2008.

D'AMOUR, D.; FERRADA-VIDELA M.; RODRIGUES L.S.M.; BEAULIEU, M.D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework. **J Interprof Care**. v. 19, n. suppl. 1, p.116-131, 2005.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, n. suppl 1, p.8 – 20, may. 2005.

DAFTARY, A.; JHA, N.; PAI, M. Enhancing the role of pharmacists in the cascade of tuberculosis care. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v. 7, n. 1, p. 1–4, 2017.

DARRAGH, A. R.; HUDDLESTON, W.; KING, P. Work-related musculoskeletal injuries and disorders among occupational and physical therapists. **The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association**, v. 63, n. 3, p. 351–362, jun. 2009.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL FARMACÊUTICA (FIP). **Transformar a formação e educação em farmácia e ciências farmacêuticas no contexto da força laboral farmacêutica**. 2017. Disponível em: < <https://www.fip.org/educationreports> > Acesso em 2 de abr. 2019.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL FARMACÊUTICA (FIP). Iniciativa Educacional da FIP (FIPEd) - **Plano de Ação da FIPEd a 5 anos 2014-2018**. A desenvolver a força de trabalho em saúde do futuro: melhor ciência, melhor prática, melhores serviços de saúde. FIP Education Initiative, 2014, 8 p.

FOX, L. et al. Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: A scoping review. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 2, p. 127–135, mar. 2018.

FREEMAN, C. R. et al. An evaluation of medication review reports across different settings. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 35, n. 1, p. 5–13, fev. 2013.

- GALVÃO, E.I. **Acidente vascular cerebral na rede de atenção à saúde e processo de regionalização no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.** 2014. 76f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente). Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2014.
- GARCIA, M. M. et al. Economic evaluation of the Programs Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 221–233, jan. 2017.
- GRACE, S. et al. Preparing health students for interprofessional placements. **Nurse Education in Practice**, v. 17, p. 15–21, mar. 2016.
- HADDAD, A. E.; INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004.** Brasília, DF: Inep/MEC, 2006.
- HAZEN, A. C. M. et al. The degree of integration of non-dispensing pharmacists in primary care practice and the impact on health outcomes: A systematic review. **Research in social & administrative pharmacy: RSAP**, v. 14, n. 3, p. 228–240, 2018.
- HEUFEMANN, N. E. C.; GONÇALVES, M. J. F.; GARNELO, M. L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. **Acta Amazonica**, v. 43, n. 1, p. 33–42, mar. 2013.
- HOLLE, L. M.; PURI, S.; CLEMENT, J. M. Physician–pharmacist collaboration for oral chemotherapy monitoring: Insights from an academic genitourinary oncology practice. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, v. 22, n. 3, p. 511–516, jun. 2016.
- JUAN, G. et al. Directly observed treatment for tuberculosis in pharmacies compared with self-administered therapy in Spain. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease: The Official Journal of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease**, v. 10, n. 2, p. 215–221, fev. 2006.
- KAPOOR, S. K. et al. How did the TB patients reach DOTS services in Delhi? A study of patient treatment seeking behavior. **PloS One**, v. 7, n. 8, p. e42458, 2012.
- KONDURI, N.; DELMOTTE, E.; RUTTA, E. Engagement of the private pharmaceutical sector for TB control: rhetoric or reality? **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 10, n. 1, p. 6, 18 jan. 2017.
- LEITE, S. N. et al. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 461–462, jun. 2008.
- LEWINSOHN, D. M. et al. Official American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America/Centers for Disease Control and Prevention Clinical Practice Guidelines: Diagnosis of Tuberculosis in Adults and Children. **Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 64, n. 2, p. 111–115, 15 jan. 2017.

LOPES, A. R. V. et al. Evaluation of the impact of pharmaceutical care for tuberculosis patients in a Secondary Referral Outpatient Clinic, Minas Gerais, Brazil. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v. 89, n. 4, p. 2911–2919, dez. 2017.

MARIN, N; LUIZA, V.L.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; MACHADO DOS-SANTOS, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

MILLER, R.; GOODMAN, C. Performance of retail pharmacies in low- and middle-income Asian settings: a systematic review. **Health Policy and Planning**, v. 31, n. 7, p. 940–953, set. 2016.

MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização**. Adscrição e população dos municípios por microrregião e macrorregião de saúde – EXCEL. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>> Acesso em: 25 fev.2019.

MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização**. Apresentação cartográfica. Disponível em:<[http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Apresentacao\\_cartografica\\_PDR-2014.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Apresentacao_cartografica_PDR-2014.pdf)> Acesso em: 09 maio 2019.

MINAS GERAIS. **Rede Farmácia de Minas**. Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica: Uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS. 2008a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB/SUS-MG nº 416 de 21 de fevereiro de 2008b. Institui critérios, valores e prazos para apresentação de propostas visando a concessão do incentivo financeiro para estruturação das unidades da rede estadual de Assistência Farmacêutica no âmbito da 1ª etapa do Programa Farmácia de Minas – REDE FARMÁCIA DE MINAS.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-saude-e-gerencias-regionais-de-saude>> acesso em 25 mar. 2019.

MINAS GERAIS. TABNET. Disponível em: <[http://tabnet.saude.mg.gov.br/tabcgi.exe?def/agrivos/tuberculose\\_r.def](http://tabnet.saude.mg.gov.br/tabcgi.exe?def/agrivos/tuberculose_r.def)> Acesso em: 12 mar. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose. **Plano Estadual pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública em Minas Gerais 2019-2022**. 2019.

NAHID, P. et al. Executive Summary: Official American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America Clinical Practice

Guidelines: Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis. **Clinical Infectious Diseases**, v. 63, n. 7, p. 853–867, 1 out. 2016.

OLIVEIRA, N. V. B. V. DE et al. The pharmacists' professional practice in Brazil: sociodemographic profile and dynamics of work in pharmacies and private drugstores. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 1105–1121, dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **O apoio à implementação da Estratégia de Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para o combate à Tuberculose**. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de ação para a prevenção e controle da tuberculose**. 54º Conselho Diretor da OPAS 67ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 2 de outubro de 2015; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPAS; 2015. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-11-p.pdf>> Acesso em 10 de mar. 2019.

**OPAS/OMS Brasil - Se ações forem aceleradas, países das Américas podem acabar com tuberculose até 2030**. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5893:se-acoeforem-aceleradas-paises-das-americas-podem-acabar-com-tuberculose-ate-2030&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5893:se-acoeforem-aceleradas-paises-das-americas-podem-acabar-com-tuberculose-ate-2030&Itemid=812)>. Acesso em: 1 maio. 2019.

PADAYATCHI, N. et al. Tuberculosis: treatment failure, or failure to treat? Lessons from India and South Africa. **BMJ Global Health**, v. 4, n. 1, p. e001097, jan. 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strategic Plan Of The Pan American Health Organization 2014-2019**, 2013. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/paho-strategic-plan-eng-2014-2019.pdf>> Acesso em: 27 fev. 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis in the Américas 2018**. Regional Report. 2018. Disponível em: <[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49510/PAHOCDE18036\\_eng?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49510/PAHOCDE18036_eng?sequence=1&isAllowed=y)> Acesso em: 23 jan. 2019.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109, 2001.

PERINI, E. **Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais**. In: ACURCIO, F.A., editor. Medicamentos e assistência farmacêutica. Belo Horizonte, Coopmed, 2003.

PERUHYPE, R. C. et al. TRANSFERÊNCIA DE POLÍTICA: PERSPECTIVA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 3, 9 ago. 2018.

PERUHYPE, R. C. et al. Planning pathways in the transfer of Directly Observed Treatment of Tuberculosis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. 0, 9 ago. 2018b.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD/  
INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA- IPEA/FUNDAÇÃO JOÃO  
PINHEIRO-FJP. **Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em:  
<[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/)> Acesso em: 04 mar. 2019.

REEVES, S.; PALAGANAS, J.; ZIERLER, B. An Updated Synthesis of Review Evidence of Interprofessional Education. **Journal of Allied Health**, v. 46, n. 1, p. 56–61, 2017.

SÁ, L. D. DE et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, 31 mar. 2013.

SAN PEDRO, A.; OLIVEIRA, R.M. Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n.4, p.294–301, 2013.

SANTOS, J. N. DOS et al. Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2011-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017464, 22 out. 2018.

SANTOS, H.L.N. **Fatores associados ao óbito por tuberculose nos pacientes acompanhados no Hospital São Luís**. Maranhão. Monografia. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, 2014 apud SANTOS, J. N. DOS et al. Fatores associados à cura no tratamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2011-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017464, 22 out. 2018.

SATYANARAYANA, S. et al. Use of standardised patients to assess antibiotic dispensing for tuberculosis by pharmacies in urban India: a cross-sectional study. **The Lancet. Infectious Diseases**, v. 16, n. 11, p. 1261–1268, nov. 2016.

SCATENA, L. M. et al. Validity and reliability of a health care service evaluation instrument for tuberculosis. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015.

SILVA, P. DA F. et al. Factors associated with pulmonary TB treatment dropout in Maranhão State, Brazil, from 2001 to 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1745–1754, ago. 2014.

SIMONS, M.; ZIVIANI, J.; COPLEY, J. Explanatory case study design: application in paediatric burns health services research. **International Journal of Therapy and Rehabilitation**, v. 18, n. 5, p. 250–257, 1 maio 2011.

SMITH, F. The quality of private pharmacy services in low and middle-income countries: a systematic review. **Pharmacy world & science: PWS**, v. 31, n. 3, p. 351–361, jun. 2009.

SOLER, O., ROSA, M.B., FONSECA, A.L., FASSY, M.F., Machado, M.C., SILVA, R.M.C., et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família. **Rev Bras Farm**, v. 91, n.1, p.37-45, 2010.

SOUZA, G. S. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl. 2, 22 set. 2017.

SPAGNOLO, L. M. DE L. et al. Detecção da tuberculose: a estrutura da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, n. 0, 29 nov. 2018.

SPINEWINE, A. et al. Interprofessional Teamwork in Acute Geriatric Care: Where Are the Pharmacists? **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 66, n. 2, p. 416–417, fev. 2018.

SREERAMAREDDY, C. T. et al. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. **BMC Infectious Diseases**, v. 9, n. 1, dez. 2009.

SULIS, G.; PAI, M. Missing tuberculosis patients in the private sector: business as usual will not deliver results. **Public Health Action**, v. 7, n. 2, p. 80–81, 21 jun. 2017.

TANVEJSILP, P. et al. Role of pharmaceutical care for self-administered pulmonary tuberculosis treatment in Thailand. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 42, n. 3, p. 337–344, jun. 2017.

TB CARE I. International Standards for Tuberculosis Care Edition 3. The Hague: TB CARE I; 2014.

THOMAS, A. et al. SOCIO-EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION OF TUBERCULOSIS AND IMPACT OF PHARMACEUTICAL CARE ON MEDICATION ADHERENCE AMONG TUBERCULOSIS PATIENTS. **Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research**, v. 11, n. 2, p. 265, 1 fev. 2018.

THOMSON, K. et al. Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 6, p. 634–640, 2015.

TOASSI, R. et al. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [s.l: s.n.].

UPLEKAR, M. et al. WHO's new end TB strategy. **Lancet (London, England)**, v. 385, n. 9979, p. 1799–1801, 2 maio 2015.

WAFULA, F. N.; MIRITI, E. M.; GOODMAN, C. A. Examining characteristics, knowledge and regulatory practices of specialized drug shops in Sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature. **BMC health services research**, v. 12, p. 223, 27 jul. 2012.

WARD, K. et al. Assessing equity in the geographical distribution of community pharmacies in South Africa in preparation for a national health insurance scheme. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 92, n. 7, p. 482–489, 1 jul. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is DOTS?: a guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS**. Geneva: World Health Organization, 1999. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/65979>> Acesso em: 14 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis treatment**. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/tb/publications/2019/consolidated-guidelines-drug-resistant-TB-treatment/en/>>. Acesso em: 1 maio. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: Health Professions Networks Nursing and Midwifery Office, Human Resources for Health, 2010. 64 p. Disponível em: <[http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/)> Acesso em 20 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015**. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: <from:[http://www.who.int/tb/post2015\\_TBstrategy.pdf](http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf)> Acesso em 28 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2016**. Geneva: World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2018**. New York: World Health Organization, 2018. Disponível em: <[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/em](http://www.who.int/tb/publications/global_report/em)> Acesso em: 23. Jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Stop TB Strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals**. 2006.

WYSOCKI, A. D. et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 161–175, mar. 2017.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J., REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 3, n.3, p.1, jul. 2009.



## ANEXO A- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FARMACÊUTICOS

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Município:** \_\_\_\_\_

1. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
2. Idade em anos: _____
3. Raça: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena
4. Faixa salarial em R\$: ( ) até 2000,00 ( ) de 2000,00 a 3000,00 ( ) de 3000,00 a 4000,00 ( ) acima de 4000,00
5. Número de pacientes cadastrados na farmácia (independente do tipo de doença ou necessidade): _____
6. Formação: ( ) farmacêutico generalista ( ) farmacêutico com habilitação em análises clínicas ( ) farmacêutico com habilitação em indústria ( ) farmacêutico sem habilitação
7. Estudou em qual tipo de instituição de nível superior? ( ) pública ( ) privada
8. Você estudou sobre a Resolução do Conselho Nacional de Educação que regulamenta a profissão farmacêutica? sim ( ) não ( )
9. Você sabe o que é habilidade e competência profissional determinada por esta resolução? sim ( ) não ( )
10. Durante a graduação, você ficou atento ao comportamento profissional que é esperado de você? ( ) sim ( ) não
11. Compreende perfeitamente o que a Faculdade de Farmácia classifica como comportamento profissional inaceitável? ( ) sim ( ) não
12. Você entende por que o Código de Ética é uma parte necessária do curso de graduação em farmácia? ( ) sim ( ) não
13. Você estudou sobre tuberculose na graduação? ( ) sim ( ) não
14. Você estudou sobre outras doenças do Programa de Medicamentos Estratégicos na sua graduação? ( ) sim ( ) não
15. Você estudou sobre as linhas de cuidado das doenças que fazem parte do Programa de Medicamentos Estratégicos na graduação? ( ) sim ( ) não
16. Você estudou na graduação sobre o fluxograma de atendimento dos usuários com suspeita (não diagnosticado) ou com diagnóstico confirmado de tuberculose no município? ( ) sim ( ) não
17. Assinale as políticas públicas estudadas durante a graduação (assinalar quantas opções forem necessárias): ( ) prevenção do tabagismo ( ) prevenção do alcoolismo ( ) dieta saudável ( ) atividade física
18. Você estudou na graduação sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as suas diretrizes? ( ) sim ( ) não

18.1. Se sim, assinalar quais os profissionais compõem o NASF (marcar quantas opções forem necessárias): <input type="checkbox"/> farmacêutico <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> nutricionista <input type="checkbox"/> fisioterapeuta <input type="checkbox"/> fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> educador físico <input type="checkbox"/> assistente social <input type="checkbox"/> terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> psicólogo <input type="checkbox"/> todas as opções anteriores
19. Você estudou sobre o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) durante a graduação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
20. Você estudou na graduação sobre o Plano Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
21. Você estudou na graduação sobre o Plano Municipal de Saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
22. Você estudou na graduação sobre a distribuição dos problemas de saúde do Estado de Minas Gerais e do Vale do Jequitinhonha? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
23. Para você a Rede de Atenção Primária à Saúde é composta de: (poderá marcar mais de uma alternativa): <input type="checkbox"/> Atenção hospitalar <input type="checkbox"/> Urgência e Emergência <input type="checkbox"/> Atenção Especializada <input type="checkbox"/> Atenção Primária a Saúde <input type="checkbox"/> Vigilância Sanitária <input type="checkbox"/> Vigilância e Monitoramento <input type="checkbox"/> Sistema de Regulação <input type="checkbox"/> Transporte de pacientes (SAMU)
24. Você conhece a estrutura do Sistema Municipal de Saúde do município? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
24.1. Se sim, escrever citando os componentes:   
25. Cursos complementares realizados após a graduação: <input type="checkbox"/> nenhum curso realizado após a graduação <input type="checkbox"/> curso de curta duração <input type="checkbox"/> pós-graduação latu-sensu (especialização) <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> outros: _____
26. Após a graduação, com que frequência você participa de congressos científicos? <input type="checkbox"/> nunca fui desde que me formei <input type="checkbox"/> uma ou mais vezes no ano <input type="checkbox"/> uma vez a cada dois anos <input type="checkbox"/> uma vez a cada três anos <input type="checkbox"/> raramente
27. Antes do município atual, você já havia trabalhado em outros municípios ou em outras esferas do serviço público de saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
28. Antes do município atual, você já havia trabalhado no setor privado de saúde? <input type="checkbox"/> sim, em farmácia comercial <input type="checkbox"/> sim, em farmácia de manipulação <input type="checkbox"/> sim, em laboratório de análises clínicas <input type="checkbox"/> sim, em hospital <input type="checkbox"/> sim, em indústria farmacêutica <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Outro: _____
29. Tempo (em anos) que você trabalha na assistência farmacêutica (caso o tempo seja inferior a 1 ano, considerar 1 ano): _____
30. Tempo (em anos) que você está no trabalho atual (caso o tempo seja inferior a 1 ano, considerar 1 ano): _____
31. Trabalha exclusivamente na Farmácia de Todos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
32. Quantas horas diárias são dedicadas à Farmácia de Todos? _____
33. Qual o tipo de vínculo empregatício? <input type="checkbox"/> contratado <input type="checkbox"/> concursado <input type="checkbox"/> temporário

<p>34. Na sua opinião, o seu local de trabalho possui estrutura adequada para o desenvolvimento das suas atividades?</p> <p><input type="checkbox"/> sim</p> <p><input type="checkbox"/> não. Especifique os motivos: _____</p>
<p>35. Qual das seguintes é a sua principal atividade de trabalho?</p> <p><input type="checkbox"/> Assistência direta ao paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Administração</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____</p>
<p>36. Número médio de atendimentos por semana em sua farmácia: _____</p>
<p>37. Existem outros profissionais não farmacêuticos que entregam medicamentos neste local?</p> <p><input type="checkbox"/> sim            <input type="checkbox"/> não</p>
<p>37.1. Em caso afirmativo, como os atendentes são treinados a entregar adequadamente os medicamentos?</p> <p><input type="checkbox"/> Através da prática no dia a dia e de orientações dos funcionários mais antigos.</p> <p><input type="checkbox"/> Através de treinamentos regulares e orientações fornecidas pelo farmacêutico.</p> <p><input type="checkbox"/> Não há treinamento.</p>
<p>38. Você desenvolve atividades individuais diretamente com os usuários?</p> <p><input type="checkbox"/> sim            <input type="checkbox"/> não</p>
<p>39. Você desenvolve atividades específicas com grupos de usuários (por exemplo: grupos de diabéticos, hipertensos, antitabagismo)?</p> <p><input type="checkbox"/> sim    <input type="checkbox"/> não</p>
<p>40. Você desenvolve atividades de gestão?</p> <p><input type="checkbox"/> sim    <input type="checkbox"/> não</p>
<p>41. Você desenvolve atividades de orientação dos usuários sobre a utilização dos medicamentos?</p> <p><input type="checkbox"/> sim    <input type="checkbox"/> não</p>
<p>41.1. Se sim, quais as dificuldades encontradas na orientação dos usuários?</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre posologia.</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre mecanismo de ação.</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre interação com medicamentos e alimentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre conservação/armazenamento.</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre o descarte dos medicamentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre a forma de administração dos medicamentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Informar sobre reações adversas.</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho dificuldades.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____</p>
<p>41.2. A que você atribui essas dificuldades?</p> <p><input type="checkbox"/> Formação acadêmica</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiência de estudos durante a graduação</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de experiência profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de atividades de aperfeiçoamento e reciclagem após a graduação</p> <p><input type="checkbox"/> Todas as opções anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____</p>
<p>42. Você recebe incentivos no município onde trabalha para a realização de cursos de aperfeiçoamento/reciclagem?</p> <p><input type="checkbox"/> sim    <input type="checkbox"/> não</p>

43. Você registra em prontuário as intervenções farmacêuticas realizadas?

sim     não

44. Como você avalia sua interação com outros profissionais da saúde?

muito boa  
 boa  
 razoável  
 ruim  
 muito ruim  
 não há interação

45. Com que frequência você tem dúvidas relacionadas a medicamentos durante a sua rotina de trabalho?

diariamente  
 mais que 2 vezes por semana  
 menos que 2 vezes por semana  
 a cada 15 dias  
 1 vez por mês  
 raramente  
 não tem dúvidas relacionadas a medicamentos

46. Proporção dessas dúvidas que você consegue obter respostas:

100%  
 entre 99% e 50%  
 menos de 50%  
 0%

47. Quais fontes de informação sobre medicamentos você tem acesso no seu local de trabalho?

(Preencha todas as suas opções, mesmo se mais de uma)

Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF)  
 Livros  
 Internet aberta  
 Pubmed, Medline, etc  
 Representantes comerciais  
 Contato com outros farmacêuticos  
 Todas as opções anteriores  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_

47.1 Frequência com que você utiliza essas fontes:

diariamente  
 mais que 2 vezes por semana  
 menos que 2 vezes por semana  
 a cada 15 dias  
 1 vez por mês  
 raramente  
 não tem dúvidas relacionadas a medicamentos

48. Como você avalia sua atuação profissional enquanto profissional da saúde comprometido com o sucesso da farmacoterapia e qualidade de vida do paciente?

Preciso melhorar no que diz respeito ao conhecimento relacionado aos medicamentos e à legislação.  
 Preciso melhorar quanto a orientação do paciente e o acompanhamento do tratamento medicamentoso.

<input type="checkbox"/> Preciso melhorar em diversos aspectos. <input type="checkbox"/> Não preciso melhorar.
49. Cite as atividades que você acha que deveria desenvolver em seu trabalho, mas não é possível. Especifique os motivos:
50. Qual é a sua percepção na sua rotina de trabalho: <input type="checkbox"/> Não me sinto um profissional da saúde. Estou totalmente voltado às atividades de cunho administrativo e de gestão técnica do medicamento (pedido dos medicamentos, controle de estoques). <input type="checkbox"/> Raramente me sinto um profissional da saúde. Estou muito voltado às atividades de cunho administrativo e de gestão técnica do medicamento (pedido dos medicamentos, controle de estoques). <input type="checkbox"/> Com frequência me sinto um profissional de saúde, mas grande parte do tempo é consumido em atividades de cunho administrativo e de gestão técnica do medicamento (pedido dos medicamentos, controle de estoques). <input type="checkbox"/> Sempre me sinto um profissional de saúde no exercício das minhas funções.
51. Acompanha os usuários com politerapia com vistas à vigilância das reações adversas e interações medicamentosas? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
52. Identifica usuários com reações a medicamentos e encaminha para confirmação diagnóstica? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
53. Implanta estratégias de triagem de pacientes de risco farmacoterapêutico e acompanha os mesmos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
54. Acompanha a adesão dos usuários ao tratamento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
55. Acompanha a evolução da farmacoterapia para usuários referenciados a centros de atenção secundária e/ou terciária? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
56. Realiza ações de educação e promoção da saúde? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
57. Sobre os conceitos “Assistência Farmacêutica” e “Farmácia Clínica”: <input type="checkbox"/> Conhece bem a diferença <input type="checkbox"/> Confunde os conceitos <input type="checkbox"/> Não conhece a diferença
58. Sobre os conceitos dos “tipos de serviços farmacêuticos”: Marque com X os que conhece: <input type="checkbox"/> Rastreamento em saúde. <input type="checkbox"/> Educação em saúde. <input type="checkbox"/> Dispensação. <input type="checkbox"/> Manejo de problema de saúde autolimitado. <input type="checkbox"/> Monitorização terapêutica de medicamentos. <input type="checkbox"/> Conciliação de medicamentos.

<input type="checkbox"/> Revisão da farmacoterapia. <input type="checkbox"/> Gestão da condição de saúde. <input type="checkbox"/> Acompanhamento farmacoterapêutico.
<p>59. Você gostaria de exercer a Farmácia Clínica, acompanhando o tratamento medicamentoso e registrando os dados destes acompanhamentos?</p> <input type="checkbox"/> Não, pois não me sinto seguro tecnicamente. <input type="checkbox"/> Não, pois não possuo afinidade com tal atividade. <input type="checkbox"/> Não, pois a rotina de trabalho (falta de tempo) não permite. <input type="checkbox"/> Sim, e buscaria me atualizar para realizar este tipo de serviço.
<p>60. Que sugestões você daria para que a prática da Farmácia Clínica na Farmácia de Todos possa se tornar uma realidade?</p>
<p>61. Quais dos procedimentos farmacêuticos abaixo você realiza? Marcar com um X. Poderá ser mais de um.</p> <input type="checkbox"/> Verificação de parâmetros clínicos <input type="checkbox"/> Administração de medicamentos <input type="checkbox"/> Organização dos medicamentos <input type="checkbox"/> Realização de pequenos curativos
<p>62. Sobre a prescrição farmacêutica, você:</p> <input type="checkbox"/> Prescreve os Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs). <input type="checkbox"/> Não prescrevo MIPs. <input type="checkbox"/> Tenho dúvidas sobre a regulamentação sanitária desta atuação profissional.
<p>63. Sobre os conceitos de análise de informação, a gestão de risco e a cultura de segurança, que são elementos da gestão da prática do profissional farmacêutico:</p> <input type="checkbox"/> Conhece bem a diferença <input type="checkbox"/> Confunde os conceitos
<p>64. Sobre o conceito do componente do cuidado farmacêutico para a provisão de serviços farmacêuticos destinados ao paciente, à família e à comunidade:</p> <input type="checkbox"/> Conhece bem <input type="checkbox"/> Não conhece
<p>65. Você identifica, coleta e organiza as informações específicas e necessárias do paciente para prevenir, detectar e / ou resolver problemas relacionados a medicamentos?</p> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<p>65.1- Se sim, descrever como:</p>
<p>66. Você considera as características específicas do paciente, como a alfabetização, a diversidade cultural, comportamental e psicossocial como questões importantes quando se dispensa ou acompanha a terapia medicamentosa?</p> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

67. Você identifica e seleciona recursos adequados de informação sobre os medicamentos e depois os demonstram aos pacientes por meio da utilização de recursos de informação de medicamentos de acordo com as necessidades de saúde específicas e baseadas em população? ( ) sim ( ) não
68. Dentro do contexto de valores profissionais e pessoais, você demonstra comportamento atencioso, ético e profissional ao interagir com colegas, profissionais, pacientes e cuidadores? ( ) sim ( ) não
69. Você se sente motivado com a profissão? ( ) sim ( ) não. Especifique os motivos:
70. Existe algum documento desenvolvido no seu local de trabalho para a organização da assistência farmacêutica que segue as determinações da Política Nacional de Medicamentos? ( ) Sim ( ) Não
70.1. Se sim. Em que ano esse documento foi desenvolvido? Qual a importância desse documento na prática profissional?
70.2. Se não. Seria importante desenvolver esse documento? Justifique:
71. Você tem conhecimento sobre a Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose? ( ) sim ( ) não
72. Você tem conhecimento sobre o Plano Nacional para o Fim da Tuberculose? ( ) sim ( ) não
73. Os medicamentos estratégicos são de sua responsabilidade? ( ) sim ( ) não ( ) em parte
74. Quem é o responsável pelo controle do estoque desses medicamentos? ( ) farmacêutico ( ) enfermeiro ( ) técnico de enfermagem ( ) técnico de farmácia ( ) auxiliar de enfermagem ( ) outro (especifique): _____

75. Quem é o responsável pelo armazenamento desses medicamentos? <input type="checkbox"/> farmacêutico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> técnico de farmácia <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> outro (especifique): _____
76. Quem é o responsável pela dispensação desses medicamentos? <input type="checkbox"/> farmacêutico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> técnico de farmácia <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> outro (especifique): _____
77. Caso você não seja o responsável pelas atividades mencionadas nas questões 74, 75 e 76, explique os motivos:    
78. Quais medicamentos estratégicos estão sob sua responsabilidade? <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Leishmaniose <input type="checkbox"/> Esquistossomose <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Nenhum
79. Onde os medicamentos estratégicos ficam armazenados? <input type="checkbox"/> farmácia básica <input type="checkbox"/> unidade básica de saúde <input type="checkbox"/> outro (especifique): _____
80. Você considera que os medicamentos estratégicos estão armazenados de forma a atender às Boas Práticas de Armazenamento? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
80.1. Justifique:   
81. Descreva o momento da entrega dos medicamentos ao usuário:   
82. Em relação aos pacientes em tratamento para tuberculose, quais são os documentos solicitados para dispensação dos medicamentos? (Assinale quantas opções forem necessárias) <input type="checkbox"/> Notificação (1º mês) <input type="checkbox"/> Ficha de acompanhamento mensal <input type="checkbox"/> Receita médica
83. Há orientação aos usuários sobre a importância do tratamento para a cura? <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> sempre

84. Identifica os usuários que não compareceram ao último retorno agendado e informa à unidade de saúde de referência para busca ativa do mesmo? ( ) sim ( ) não	
85. Há na sua rotina de acompanhamento desses pacientes contra referência para unidade de saúde onde o usuário é cadastrado (informa início, fim e intercorrências durante o tratamento)? ( ) sim ( ) não	
86. Envia acompanhamento mensal do tratamento e informação sobre dose supervisionada para setor de epidemiologia para preenchimento do SINAN? ( ) Sim ( ) Não. Por quê?	
87. Quem realiza o Tratamento Diretamente Observado (TDO) dos pacientes com tuberculose? ( ) farmacêutico ( ) enfermeiro ( ) técnico de farmácia ( ) técnico de enfermagem ( ) auxiliar de enfermagem ( ) não é realizado ( ) outro (especifique):	
88. Você considera o TDO importante? ( ) sim ( ) não	
88.1 - Justifique:	
<b>Informações sobre a prestação de serviços de cuidados primários na farmácia:</b>	
Por favor, selecionar A, B, ou C e escrever no espaço _____ para cada item listado abaixo:	
A = Coisas que fará com frequência, ou declara ser importante.	
B = Coisas que fará às vezes, ou declara ter grau moderado de importância.	
C = Coisas que fará raramente ou nunca, ou declara ter grau mínimo ou nenhuma importância.	
<b>Ambiente físico, Materiais e Recursos</b>	
89	_____ Exibir fotos, cartazes, entre outros que refletem as culturas e etnias dos usuários atendidos na Farmácia de Todos.
90	_____ Garantir que as revistas, folhetos e outros materiais impressos nas áreas da recepção são de interesse e refletem as diferentes culturas e línguas dos usuários e das famílias atendidas na Farmácia de Todos.

91	_____ Ao utilizar vídeos, filmes ou outros recursos de mídia para a educação em saúde, tratamento ou outras intervenções, vou garantir que elas refletirão as origens culturais e étnicas dos usuários e das famílias atendidas na Farmácia de Todos.
92	_____ Garantir que as informações divulgadas pela imprensa sobre a farmácia leva em conta os níveis de educação em saúde dos usuários e das famílias que recebem os serviços.
<b>Modelos de comunicação</b>	
93. Ao interagir com os usuários e famílias que têm poucos anos de escolaridade sempre ter em mente que:	
	_____ a) Limitações de anos de escolaridade são de modo algum um reflexo de seu nível intelectual.
	_____ b) Sua limitada capacidade de falar e sua linguagem não tem qualquer influência na sua capacidade de comunicar de forma eficaz com os usuários e com as famílias.
	_____ c) Podem não ser alfabetizados na língua portuguesa.
94	_____ Uso de pessoal e/ou voluntários que são hábeis na interpretação das orientações sobre os serviços prestados durante o tratamento, intervenções, reuniões ou outros eventos para os usuários e as famílias que precisam ou preferem este nível de assistência.
95	_____ Para os usuários e as famílias que falam línguas ou dialetos diferentes do português, eu tento aprender e usar palavras-chave para ser mais eficaz na comunicação com eles durante o tratamento, avaliação ou outras intervenções.
96	_____ Tentar identificar quaisquer coloquialismos familiares utilizados pelos usuários ou famílias que possam ter impacto na avaliação, tratamento, promoção da saúde e educação ou outras intervenções.
97	_____ Para aqueles que solicitarem ou precisarem deste serviço, posso garantir que todos os avisos e comunicados aos usuários e famílias estarão escritos em uma linguagem que compreendam.
98	_____ Eu entendo que pode ser necessário o uso de alternativas de comunicação escrita para alguns usuários e famílias, como a fala, pode ser um método preferido de recebimento de informações.
99	_____ Eu compreendo as implicações da educação em saúde no contexto dos meus papéis e das responsabilidades.
100	_____ Defender o uso de vários formatos e abordagens de comunicação como alternativa para compartilhar informações com usuários e / ou seus familiares que sofrem de alguma deficiência.
<b>Valores e atitudes</b>	
101	_____ Evitar os valores imponentes que podem entrar em conflito ou ser inconsistente com os das culturas ou de grupos étnicos diferentes do meu.

102	_____ Ter critérios para usar livros, filmes e outros recursos de mídia contendo aspectos negativos de estereótipos culturais, étnicos, raciais antes de compartilhá-los com os usuários e famílias atendidos na farmácia.
103	_____ Intervir de forma adequada quando observar que outros funcionários ou clientes dentro do serviço engajam-se com comportamentos que mostrem insensibilidade cultural e qualquer tipo de preconceito.
104	_____ Eu reconheço e aceito que pessoas de diversas origens culturais podem desejar não mudar sua cultura em relação à cultura dominante presente no espaço territorial da farmácia.
105	_____ Compreendo e aceito que a família é definida de forma diferente por diferentes culturas (por exemplo, membros da família, parentes, padrinhos fictício entre outros).
106	_____ Eu aceito e respeito que homens e mulheres têm papéis que podem variar significativamente entre diferentes culturas (por exemplo, quem toma as decisões importantes para a família).
107	_____ Eu entendo que os fatores etários e do ciclo de vida devem ser considerados nas interações com indivíduos e famílias (por exemplo, o alto valor colocado sobre a decisão dos mais velhos, o papel do mais velho do sexo masculino ou feminino nas famílias, ou papéis e expectativas das crianças dentro da família).
108	_____ Mesmo que meu ponto de vista profissional ou moral possam ser diferentes, eu aceito os usuários e as famílias como os tomadores das decisões finais para os serviços prestados, considerando que isto possa impactar nas suas vidas.
109	_____ Eu reconheço que o significado ou o valor do tratamento médico, demais profissionais da equipe e da educação em saúde podem variar muito entre as culturas.
110	_____ Eu aceito que a religião e outras crenças podem influenciar o modo como os indivíduos e as famílias respondem às doenças e à morte.
111	_____ Eu entendo que a percepção da saúde, bem estar, e serviços de saúde preventivos têm diferentes significados para diferentes grupos culturais.
112	_____ Eu reconheço e compreendo que as crenças e conceitos de bem-estar emocional variam significativamente de cultura para cultura.
113	_____ Eu entendo que as crenças sobre a doença mental e deficiência emocional são baseadas culturalmente. Aceito que as respostas a estas condições e tratamentos relacionados e intervenções são fortemente influenciados pela cultura.
114	_____ Eu reconheço e aceito que pessoas e crenças religiosas podem influenciar um usuário ou família na abordagem de uma criança nascida com uma deficiência, ou mais tarde diagnosticado com uma deficiência, doença genética, ou necessidades especiais de saúde.
115	_____ Eu entendo que o sofrimento e luto são influenciados pela cultura.

116	_____ Eu aceito e respeito que os costumes e crenças sobre alimentos, seu valor, preparação e uso são diferentes de cultura para cultura.
117	_____ Eu busco informação dos usuários, famílias ou outros informantes-chave da comunidade para ajudar na adaptação do serviço para responder às necessidades e preferências de grupos cultural e etnicamente diversos que utilizam a farmácia.
118	_____ Antes de visitar ou prestar os serviços no ambiente doméstico, eu procuro informações sobre comportamentos aceitáveis, cortesias, costumes e expectativas que são únicos para os grupos culturalmente diversos que utilizam os serviços da farmácia.
119	_____ Mantenho-me a par das principais preocupações de saúde mental nas populações étnica e racialmente diversificada de usuários e famílias que residem na localidade geográfica atendida pela farmácia.
120	_____ Estou ciente das condições específicas de saúde e das desigualdades de saúde mental e sua prevalência nas comunidades atendidas pela farmácia.
121	_____ Estou ciente dos fatores de risco socioeconômicos e ambientais que contribuem para as desigualdades de saúde e de saúde mental em grupos cultural e linguisticamente diversos atendidos pela farmácia.
122	_____ Eu sou conhecedor das práticas mais atuais e comprovadas de tratamentos e intervenções disponíveis para a saúde mental e outros cuidados de saúde específicos para grupos raciais, étnicos, culturais dentro da localidade geográfica atendidos pela farmácia.
123	_____ Aproveito o desenvolvimento profissional e o treinamento para aprimorar meus conhecimentos e habilidades na prestação de serviços e apoio cultural e linguístico aos diversos grupos atendidos pela farmácia.
<b>Informações sobre o trabalho em equipe entre os profissionais dos cuidados primários em saúde</b>	
124. Você sabe o que é educação interprofissional?    Sim ( )    Não ( )	
<b>Esta parte do questionário será para obter sua opinião sobre os profissionais em formação. Marcar com um X na sua escolha.</b>	
125. O aprendizado junto com outros estudantes irá ajudar o estudante de farmácia a tornar-se um membro efetivo de uma equipe de saúde. ( ) Concordo fortemente    ( ) Concordo    ( ) Neutro    ( ) Discordo    ( ) Discordo fortemente	
126. Para a aprendizagem em pequenos grupos de trabalho, os estudantes precisam da confiança e do respeito uns dos outros. ( ) Concordo fortemente    ( ) Concordo    ( ) Neutro    ( ) Discordo    ( ) Discordo fortemente	
127. Em um trabalho de equipe as competências são essenciais para que todos os alunos possam aprender sobre os cuidados de saúde. ( ) Concordo fortemente    ( ) Concordo    ( ) Neutro    ( ) Discordo    ( ) Discordo fortemente	
128. A aprendizagem compartilhada vai ajudar o estudante a entender as suas próprias limitações. ( ) Concordo fortemente    ( ) Concordo    ( ) Neutro    ( ) Discordo    ( ) Discordo fortemente	

129. Os pacientes acabam tendo benefícios para a sua saúde quando os estudantes trabalham em conjunto para resolver os problemas.

( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Neutro ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente

130. A aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumenta a vontade e a capacidade do estudante de farmácia para compreender os cuidados de saúde e os problemas clínicos.

( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Neutro ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente

131. A aprendizagem com outros estudantes da área da saúde, durante a graduação, irá melhorar os relacionamentos durante a vida profissional.

( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Neutro ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente

132. Comunicação e habilidades devem ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.

( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Neutro ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente

133. A aprendizagem compartilhada irá ajudar a pensar positivamente sobre os outros profissionais.

( ) Concordo fortemente ( ) Concordo ( ) Neutro ( ) Discordo ( ) Discordo fortemente

#### **Atual interação entre você e outros profissionais nas suas práticas**

O propósito desta parte é determinar até que ponto você realmente discute o cuidado de seu paciente com os outros profissionais de apoio, bem como a frequência com que você gostaria de discutir o cuidado.

134. Quantas vezes **ATUALMENTE** você discute o atendimento de paciente com membros das seguintes profissões (excluir comunicação de rotina associada com atividades tais como condições dos relatórios, solicitação de uma consulta)?

Grupo profissional	Todo dia	2 a 3 vezes por semana	Uma vez por semana	2 a 3 vezes por mês	Uma vez por mês	Poucas vezes no ano	Nunca
Profissionais de medicina alternativa							
Dentista							
Nutricionista							
Enfermeiro							
Farmacêutico							
Médico							
Terapeuta ocupacional							

Psicólogo							
Assistente Social							
Agente comunitário							
Outros							

**A necessidade de maiores interações entre você e outros profissionais de saúde**

135. Quantas vezes você **GOSTARIA** de discutir o atendimento de paciente com membros da equipe das seguintes profissões (excluir comunicações de rotina associadas com atividades tais como organização dos relatórios, solicitação de uma consulta, ou solicitação de um medicamento específico)?

Grupo profissional	Todo dia	2 a 3 vezes por semana	Uma vez por semana	2 a 3 vezes por mês	Uma vez por mês	Poucas vezes no ano	Nunca
Profissionais de medicina alternativa							
Dentista							
Nutricionista							
Enfermeiro							
Farmacêutico							
Médico							
Terapeuta ocupacional							
Psicólogo							
Assistente Social							
Agente comunitário							
Outros							

**Papéis da equipe de cuidados em saúde**

136. Como parte de uma equipe de saúde, o quão é importante para você ou alguém de sua profissão ter um papel importante na realização das seguintes atividades. Por favor, indique a sua opinião, mesmo se você não é agora um membro de uma equipe.

Atividade	Papel exclusivo da minha profissão	Principalmente papel da minha profissão	Papel a ser compartilhado com outras profissões	Principalmente papel de outra profissão	Papel exclusivo de outra profissão
Educação do paciente					
Visita domiciliar					
Fornecer atendimento clínico para doença específica					
Dispensação de medicamentos					
Prescrição de medicamentos					
Diagnóstico de doenças					
Monitorização de sintomas					
Avaliar exames laboratoriais					
Avaliar a performance dos membros da equipe					
Co-organizar as atividades da equipe					
Avaliação nutricional					

Planejamento da dieta					
Aconselhamento nutricional					
Fornecer outros serviços de cuidados de saúde					
Avaliar o estado de saúde de um paciente					
Avaliar a resposta do paciente ao tratamento					
Assumir a responsabilidade legal para as ações da equipe					

### **Atitudes da equipe nas práticas comunitárias**

Por favor, indique o seu nível de concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre equipes de cuidados de saúde, onde uma equipe de cuidados de saúde é definida como três ou mais profissionais de saúde que representam diferentes bases do conhecimento profissional, habilidades e perspectivas, e que trabalham em conjunto para avaliar e acompanhar os seus pacientes.

137. Comparando a outras formas de trabalho, a abordagem de equipe melhor atende às necessidades dos pacientes.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo em parte     Discordo  
 Discordo plenamente     Incapaz de julgar

138. Comparando a outras formas de trabalho, a abordagem de equipe dá melhor suporte aos cuidadores familiares.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo em parte     Discordo  
 Discordo plenamente     Incapaz de julgar

139. Pacientes que recebem cuidados de uma equipe são mais propensos a serem tratados integralmente.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo em parte     Discordo  
 Discordo plenamente     Incapaz de julgar

140. As dificuldades de prestação de cuidados da equipe superam os seus benefícios para os pacientes.

Concordo plenamente     Concordo     Discordo em parte     Discordo

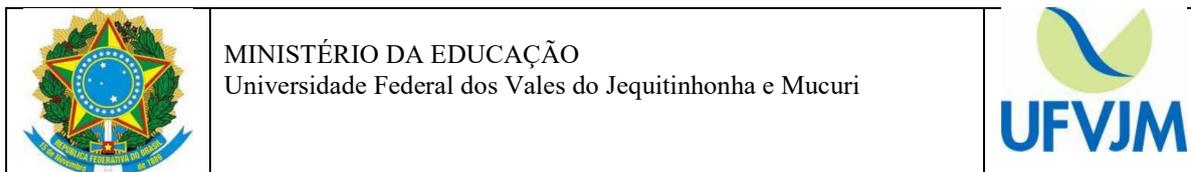
<input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>141. Pacientes têm menor probabilidade de estarem satisfeitos com os seus cuidados quando são oferecidos por uma equipe.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>142. Pacientes com uma condição crônica se beneficiam do trabalho em equipe baseado em cuidados.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>143. Trabalhar com uma equipe tornaria os profissionais de saúde mais entusiasmados com seu trabalho.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>144. Trabalhar com uma equipe irá manter a maioria dos profissionais de saúde mais interessados em seus trabalhos.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>145. Ao trabalhar como um membro de uma equipe, os profissionais de saúde seriam mais responsáveis para atender as necessidades emocionais de pacientes do que aqueles que trabalham individualmente.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>146. Profissionais de saúde que trabalham em equipes estão mais conscientes das necessidades financeiras dos pacientes do que aqueles que trabalham de forma individual.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>147. Contato face-a-face regularmente promove uma melhor comunicação entre os membros da equipe.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>148. A especificidade da profissão torna a comunicação entre os profissionais de saúde difícil.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>149. Desenvolver um plano de assistência ao paciente com outros membros da equipe evita erros na prestação de cuidados de saúde.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar
<p>150. A abordagem de equipe melhora a qualidade dos cuidados que podem ser prestados aos pacientes.</p> <input type="checkbox"/> Concordo plenamente <input type="checkbox"/> Concordo <input type="checkbox"/> Discordo em parte <input type="checkbox"/> Discordo <input type="checkbox"/> Discordo plenamente <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar

<p>151. O desenvolvimento de planos de saúde interprofissionais é muito demorado para o benefício ganho.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>152. A longo prazo, a abordagem de equipe aumenta o custo do atendimento ao paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>153. Trabalhar em equipe complica desnecessariamente o atendimento ao paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>154. Minha profissão precisa fazer mais um esforço para entender as atribuições de outras profissões.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>155. Minha profissão precisa cooperar mais com outras profissões de saúde.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>156. A qualidade do atendimento ao paciente depende grandemente de outras profissões de saúde.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>157. A qualidade da relação entre profissionais de saúde e outros profissionais é muito boa.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>158. Enquanto profissionais de saúde devemos prestar contas a outros profissionais de saúde sobre as nossas decisões clínicas.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>159. Outros profissionais de saúde não valorizam muito a contribuição da minha profissão para o atendimento ao paciente.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p><b>Barreiras para as práticas colaborativas.</b></p> <p>Favor indicar o seu nível de concordo ou discordo nas afirmativas abaixo.</p>
<p>160. A outras profissões de saúde são muito protetoras do “espaço profissional”.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>161. Minha profissão é muito protetora do seu “espaço profissional”.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>
<p>162. Na prática comunitária, não há tempo suficiente para realizar atividades baseadas em equipe.</p> <p><input type="checkbox"/> Concordo plenamente    <input type="checkbox"/> Concordo    <input type="checkbox"/> Discordo em parte    <input type="checkbox"/> Discordo</p> <p><input type="checkbox"/> Discordo plenamente    <input type="checkbox"/> Incapaz de julgar</p>

163. Nas práticas comunitárias existem poucas oportunidades para se encontrar com profissionais de cuidados de saúde. ( ) Concordo plenamente ( ) Concordo ( ) Discordo em parte ( ) Discordo ( ) Discordo plenamente ( ) Incapaz de julgar
164. O conhecimento clínico da minha profissão não é suficiente para tornar-me um membro efetivo de uma equipe. ( ) Concordo plenamente ( ) Concordo ( ) Discordo em parte ( ) Discordo ( ) Discordo plenamente ( ) Incapaz de julgar
165. Os incentivos financeiros são adequados para realizar as práticas na comunidade quando se faz parte de uma equipe de saúde. ( ) Concordo plenamente ( ) Concordo ( ) Discordo em parte ( ) Discordo ( ) Discordo plenamente ( ) Incapaz de julgar
166. Equipes de cuidados de saúde não estão preparadas para exercer as práticas comunitárias. ( ) Concordo plenamente ( ) Concordo ( ) Discordo em parte ( ) Discordo ( ) Discordo plenamente ( ) Incapaz de julgar
167. Indique outras barreiras para participar como membro de uma equipe que está ciente de sua prática comunitária:
168. Você é um membro de uma equipe de saúde? ( ) sim ( ) não
168.1. Se você indicou SIM, descreva o objetivo da equipe, o tamanho da equipe (número de participantes), a designação profissional dos seus membros, quantas vezes você se encontra, como você se encontra (por exemplo, pessoalmente) e onde se encontram (favor adicionar páginas, se necessário).
Objetivo da equipe:
Tamanho da equipe e membros da designação profissional:
Quantas vezes você se encontra:



## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os Farmacêuticos da Farmácia de Todos dos Municípios de Jurisdição da SRS Diamantina**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada: “Características da força na assistência farmacêutica no tratamento da tuberculose nos municípios da Superintendência Regional de saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil” por ser farmacêutico (a) que atua na Farmácia de Todos de município da jurisdição da SRS Diamantina. Esta pesquisa será coordenada pela Prof.<sup>a</sup> Delba Fonseca Santos. Os objetivos desta pesquisa são: avaliar a participação do farmacêutico no gerenciamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESTAF), com enfoque no tratamento da tuberculose, nos municípios de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina (SRSD); traçar o perfil socioeconômico do farmacêutico que atua na Farmácia de Todos da região de abrangência da SRSD; verificar o nível de envolvimento do farmacêutico no gerenciamento do CESTAF; identificar os motivos do não gerenciamento ou gerenciamento inadequado do CESTAF pelos farmacêuticos e avaliar os aspectos estruturais e operacionais da dispensação dos medicamentos para o tratamento da tuberculose na região de abrangência da SRSD.

A sua participação não é obrigatória, sendo que em qualquer fase da pesquisa você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com o serviço de saúde.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, não será possível a identificação do participante pois a identificação será confidencial e sigilosa. A sua participação, bem como a de todas as partes envolvidas, será voluntária, não havendo remuneração para tal.

Os riscos relacionados com sua participação se relacionam com constrangimento ao responder às perguntas. Esclarecemos que o questionário não constará identificação do nome do entrevistado e que você poderá se recusar a responder qualquer pergunta em caso de constrangimento, além de ter a liberdade de se retirar da pesquisa em qualquer fase do trabalho. Também serão assegurados a privacidade e o sigilo da identificação do participante e o direito de conhecer os resultados obtidos por meio deste estudo.

As informações obtidas com a sua participação contribuirão para conhecer as características da assistência farmacêutica realizada na Farmácia de Todos do município e possibilitarão a elaboração de estratégias para melhoria da assistência prestada, assim como propor mudanças de fluxos e condutas; desenvolver uma proposta de abordagem e orientação para pacientes com tuberculose em que o farmacêutico seja inserido no plano de cuidado; aumentar a adesão ao tratamento da tuberculose, melhoria na qualidade de vida e diminuição dos erros na dispensação e no uso dos medicamentos.

Caso você decida aceitar o convite, você responderá ao questionário. O questionário será enviado por correio eletrônico, após contato telefônico da pesquisadora convidando para a participação e esclarecendo sobre a importância da participação. Trata-se de um questionário semiestruturado, autoaplicável, com questões que possibilitarão investigar informações sobre as características demográficas como: idade, gênero, especialidade, anos trabalhando em cuidados de saúde e recebimento de treinamento em cuidados sobre TB. O conhecimento sobre a TB (incluindo a prevenção da transmissão e o tratamento diretamente observado), atitudes e práticas também serão avaliadas, assim como os riscos percebidos de infecção. Os entrevistados também serão questionados sobre fontes de informação relacionadas a TB, confidencialidade do paciente, manutenção de registro e percepções das tarefas mais fáceis e difíceis de cuidar pacientes com TB, atendimento ao paciente, gestão do serviço e interdisciplinaridade profissional.

O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente 90 minutos. Serão assegurados a privacidade e o sigilo da identificação do participante, portanto em nenhum momento haverá a identificação do seu nome.

Caso aceite participar da pesquisa, é necessário rubricar todas as páginas deste termo além de apor sua assinatura na última página.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

---

(Profa. Delba Fonseca Santos)

Sala 128 – Bloco Farmácia Indústria - Tel (38) 3532-6000 – ramal 1230

Campus II - Rodovia MGT 367 - Km 583, Nº 5000

Bairro Alto da Jacuba - Diamantina - MG - CEP 39.100-000

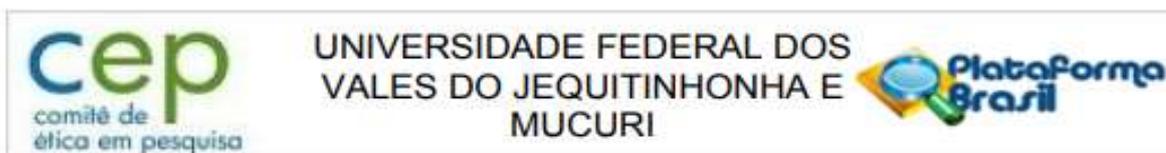
Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM  
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba – Diamantina/MG  
CEP:39100000 Tel.: (38)3532-1240  
Coordenador Prof. Disney Oliver Sivieri Júnior  
Secretária Ana Flávia de Abreu  
Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br ou [cep@ufvjm.edu.br](mailto:cep@ufvjm.edu.br)

## ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Características da força na assistência farmacêutica no tratamento da tuberculose nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, Minas Gerais, Brasil

**Pesquisador:** Delba Fonseca Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 83023118.0.0000.5108

**Instituição Proponente:** Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.602.608

## Apresentação do Projeto:

O projeto consiste em estudar as características da força de trabalho da assistência farmacêutica na Farmácia de Todos dos 33 municípios de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina (SRSD) no tratamento da tuberculose (TB). Os sujeitos de pesquisa serão os farmacêuticos que trabalham no Programa Farmácia de Todos destes municípios. Trata-se de estudo transversal de abordagem quantitativa e qualitativa que será realizado entre maio e julho de 2018. O instrumento de coleta de dados será um questionário semiestruturado que contém variáveis sobre a profissionalização das funções de gestão do farmacêutico nos cuidados primários e na organização da força de trabalho da assistência farmacêutica. Este trabalho poderá esclarecer as deficiências na composição da força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos que podem comprometer a qualidade do uso dos medicamentos e seus resultados na saúde da população em tratamento com TB.

## Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a participação do farmacêutico no gerenciamento do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESTAF), com enfoque no tratamento da tuberculose, nos municípios de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina (SRSD).

Objetivo Secundário:

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

**Bairro:** Alto da Jacuba

**CEP:** 39.100-000

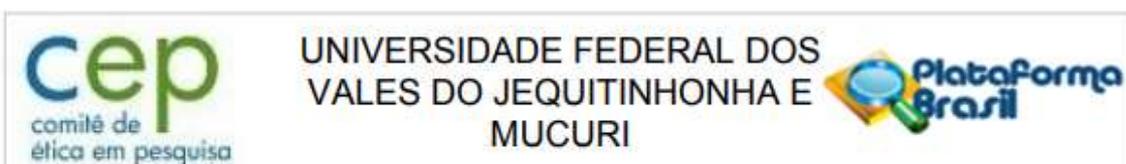
**UF:** MG

**Município:** DIAMANTINA

**Telefone:** (38)3532-1240

**Fax:** (38)3532-1200

**E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.602.608

Traçar o perfil socioeconômico do farmacêutico que atua na Farmácia de Todos da região de abrangência da SRS Diamantina; verificar o nível de envolvimento do farmacêutico no gerenciamento do CESTAF; identificar os motivos do não gerenciamento ou gerenciamento inadequado do CESTAF pelos farmacêuticos; avaliar os aspectos estruturais e operacionais da dispensação dos medicamentos para o tratamento da TB na região de abrangência da SRS Diamantina.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Os riscos estão relacionados com o constrangimento ao responder às perguntas. Esclarecemos que no questionário não constará identificação do nome do entrevistado e que o mesmo poderá se recusar a responder qualquer pergunta em caso de constrangimento, além de ter a liberdade de se retirar da pesquisa em qualquer fase do trabalho. Serão assegurados a privacidade e o sigilo da identificação do participante.

##### **Benefícios:**

As informações obtidas com esta pesquisa contribuirão para conhecer as características da assistência farmacêutica realizada na Farmácia de Todos do município e possibilitarão a elaboração de estratégias para melhoria da assistência prestada, assim como propor mudança de fluxos e condutas para os cuidados em saúde para pacientes em tratamento para a tuberculose; desenvolver uma proposta de abordagem e orientação para pacientes com tuberculose em que o farmacêutico seja inserido no plano de cuidado; aumentar a adesão ao tratamento da tuberculose, melhoria na qualidade de vida e diminuição dos erros na dispensação e no uso dos medicamentos.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo transversal de abordagem quantitativa e qualitativa em que os dados serão obtidos no período de maio a julho de 2018 por meio de um questionário semiestruturado, autoaplicável, aplicado a 100 farmacêuticos da Farmácia de Todos dos municípios de jurisdição da SRSD, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, será realizado um pré-teste com cinco farmacêuticos que trabalham ou já trabalharam na assistência farmacêutica do SUS com o objetivo de avaliar a viabilidade do preenchimento do questionário, relatar as dificuldades, dúvidas e interpretações e propor sugestões. Através do questionário serão investigadas as informações sobre características demográficas como: idade, gênero, especialidade, anos trabalhando em cuidados de saúde e recebimento de treinamento em cuidados sobre TB. O conhecimento

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
**Bairro:** Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000  
**UF:** MG **Município:** DIAMANTINA  
**Telefone:** (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DOS  
VALES DO JEQUITINHONHA E  
MUCURI



Continuação do Parecer: 2.602.608

sobre a TB (incluindo a prevenção da transmissão e o tratamento diretamente observado), atitudes e práticas também serão avaliadas, assim como os riscos percebidos de infecção. Os entrevistados também serão questionados sobre fontes de informação relacionadas a TB, confidencialidade do paciente, manutenção de registro e percepções das tarefas mais fáceis e difíceis de cuidar pacientes com TB, atendimento

ao paciente, gestão do serviço e interdisciplinaridade profissional. A pesquisadora irá entrar em contato com todos os farmacêuticos, por telefone, convidando para a participação e esclarecendo sobre a importância da participação. Serão enviados por correio eletrônico o TCLE e o questionário. Caso algum farmacêutico não dê retorno da participação, a pesquisadora fará nova tentativa de contato, pelo telefone, para verificar se o profissional recebeu a mensagem eletrônica e reafirmar a possibilidade da participação na pesquisa. A análise dos dados será descritiva, a qual tem por objetivo descrever sistematicamente, fatores e características presentes em determinada população ou área de interesse (GRESSLER, 2004). Para trabalhar as respostas das questões abertas será utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados a folha de rosto, o projeto, o cronograma, o TCLE e a carta da instituição copartícipe. O TCLE e a carta da instituição copartícipe atendem ao disposto na resolução 466/12.

**Recomendações:**

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também por sua assinatura na última página do referido termo.

- Relatório parcial deve ser encaminhado ao CEP, em 03/12/2018, e relatório final, ao término do estudo, em 07/10/2019. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000

**Bairro:** Alto da Jacuba

**CEP:** 39.100-000

**UF:** MG

**Município:** DIAMANTINA

**Telefone:** (38)3532-1240

**Fax:** (38)3532-1200

**E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DOS  
VALES DO JEQUITINHONHA E  
MUCURI



Continuação do Parecer: 2.602.608

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1056397.pdf	15/03/2018 13:16:22		Aceito
Outros	Declaracao_instituicao.pdf	15/03/2018 12:01:28	IVANA DI PIETRO CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.pdf	07/03/2018 13:33:40	IVANA DI PIETRO CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_corrigido.pdf	07/03/2018 13:32:32	IVANA DI PIETRO CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/01/2018 21:20:54	IVANA DI PIETRO CARVALHO	Aceito
Outros	Questionario.pdf	19/01/2018 21:19:25	IVANA DI PIETRO CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	19/01/2018 20:56:08	IVANA DI PIETRO CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	19/01/2018 20:51:01	IVANA DI PIETRO CARVALHO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

DIAMANTINA, 16 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**Alessandra de Carvalho Bastone**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
Bairro: Alto da Jacuba CEP: 39.100-000  
UF: MG Município: DIAMANTINA  
Telefone: (38)3532-1240 Fax: (38)3532-1200 E-mail: cep@ufvjm.edu.br

## ANEXO D - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO

ScholarOne Manuscripts™ Ivana Carvalho ▾ Instructions & Forms Help Log Out

**SciELO** Ciência & Saúde Coletiva

Home Author

Author Dashboard

**Author Dashboard**

- 1 Submitted Manuscripts >
- [Start New Submission](#) >
- [Legacy Instructions](#) >
- 5 Most Recent E-mails >

### Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Rocha, Danuzia	CSC-2019-1299	<b>Trabalho em equipe: percepção interprofissional dos farmacêuticos para o cuidado da tuberculose</b>	03-May-2019	08-May-2019
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Awaiting Admin Processing</li> </ul>		<a href="#">View Submission</a>		