

a) Pórticos Largada/Chegada, Fita Largada, Fita Chegada com espaço para patrocinador limitado a 50%, conforme resolução CPPU nº 002/2008 (fl. 70);

b) Faixas de Grade com 100m da largada e da chegada, intercalados e com espaço para patrocinador (1 m2), conforme resolução CPPU nº 002/2008 (fl. 71);

c) Banner de quilometragem com apenas a exibição da identificação do evento (fl.71);

d) Tendões com espaço para o logo do patrocinador de 1 m2 na parte interna, conforme Resolução SMDU/CPPU/020/2015. (fl.79);

e) 2 (dois) Backdrops de Palco com dimensões de 8,9m (comp.) por 3,3m (alt.) e 11,5m (comp.) por 4,6m (alt.) Exibição de logos conforme resolução CPPU nº 002/2008. (fl.72).

3. Determino ainda, baseado na declaração do interessado: a) Não instalação dos totens descritos no Mapa da Arena – Parque do Povo;

b) Não exposição de nomes ou logos de patrocinador nos banheiros químicos, apenas placa informativa do elemento.

4. A presente anuência não exige a obtenção das demais licenças e autorizações necessárias junto aos órgãos públicos competentes, especialmente das Subprefeituras envolvidas, da Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente – SVMMA e da Companhia de Engenharia de Tráfego – CET.

5. Fica revogado o DESPACHO SMDU.CPPU/060/2016, publicado no D.OC em 08/07/2016 na pag. 18.

**DESPACHO SMDU.SEOC.CPPU/120/2016**

Processo: 2016-0.218.896-0

Interessado: TELEFONICA BRASIL S.A

Local: PRAÇA NOSSA SENHORA DA APARECIDA

Assunto: PROJETO “VIVO PRAÇA”

PROCESSO INDEFERIDO

1. À vista do solicitado pelo interessado, da manifestação da Assessoria Técnica da Gerência de Planejamento às fls. 42 e 43, da Lei nº 14.223/2006, da Resolução SMDU.CPPU/001/2010 (Regimento Interno), o presente processo não requer submissão ao colegiado da Comissão de Proteção à Paisagem Urbana – CPPU.

2. Nestes termos, INDEFIRO a comunicação visual do Projeto denominado “Vivo Praça”, por não atender ao disposto no art. 50 da Lei Municipal nº 14.223/2006 e nos Decretos Municipais nº 52.062/2010 e nº 56.610/2014, uma vez que o pretendido pelo interessado deverá se dar por meio da celebração de termo de cooperação.

**DESPACHO SMDU.SEOC.CPPU/121/2016**

Processo: 2016-0.219.407-2

Interessado: HTL SP PARTICIPAÇÕES S/A – HOTEL FOUR SEASONS AT SÃO PAULO

Local: AVENIDA DAS NAÇÕES UNIDAS, 14.401

Assunto: ANÚNCIO EM HOTEL

PROCESSO INDEFERIDO

1. À vista do solicitado pelo interessado, da manifestação da Assessoria Técnica da Gerência de Planejamento às fls. 52 e 53, da Lei nº 14.223/2006, da Resolução SMDU.CPPU/001/2010 (Regimento Interno), o presente processo não requer submissão ao colegiado da Comissão de Proteção à Paisagem Urbana – CPPU.

2. Nestes termos, INDEFIRO a proposta de inserção da denominação de hotel, por não atender ao disposto no item “1” alínea “a” da Resolução SMDU.CPPU/003/2010.

**DESPACHO SMDU.SEOC.CPPU/122/2016**

Processo: 2016-0.216.190-5

Interessado: BENEDITO CARLOS CALEGARI

Assunto: INSTALAÇÃO DE PAINEL DE LED EM POSTOS DE COMBUSTÍVEIS

PROCESSO INDEFERIDO

1. À vista do solicitado pelo interessado, da manifestação da Assessoria Técnica da Gerência de Planejamento às fls. 11 e 13, da Lei nº 14.223/2006, da Resolução SMDU.CPPU/001/2010 (Regimento Interno), o presente processo não requer submissão ao colegiado da Comissão de Proteção à Paisagem Urbana – CPPU.

2. Nestes termos, INDEFIRO a proposta de instalação de painel de LED sob coberturas de postos de revenda de combustíveis, por contrariar o disposto no art. 13 § 8º e art. 15 Parágrafo único da Lei Municipal nº 14.223/2003 e o item “4” da Resolução SMDU.CPPU/004/2010.

## COMISSÃO DO PATRIMÔNIO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

### CONVOCAÇÃO DA REUNIÃO

**FERNANDO DE MELLO FRANCO**, Presidente da COMISSÃO DO PATRIMÔNIO IMOBILIÁRIO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - CMPT/SMDU, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, CONVOCA os Senhores Representantes para a 81ª REUNIÃO ORDINÁRIA a ser realizada no próximo dia 03 de novembro de 2016, quinta-feira, às 9h, na Rua São Bento, 405, Edifício Martinelli, 10º andar, sala 102 – Auditório.

#### PAUTA DA REUNIÃO

##### 1. COMUNICAÇÕES GERAIS

1.01 Ciência da Ata da 79ª Reunião da CMPT – Ordinária

1.02 Ciência da Ata da 80ª Reunião da CMPT – Extraordinária

##### 2. PROCESSOS

2.01 2011-0.198.941-2; SESC SÃO VITO; Permissão de uso - execução contratual (alteração de prazo); Confluência das Avenidas do Estado e Mercúrio – Distrito da Sé.

2.02 1979-0.007.541-0; CEAGESP; Permissão de uso – medidas saneadoras; Trechos das Ruas Bruno Bauer, Hayden e Othão – Distrito de Vila Leopoldina.

2.03 TID 3867627; ASSOCIAÇÃO DE MORADORES, COLABORADORES E AMIGOS DA PONTE RASA E ADJACÊNCIAS; Permissão de uso; Entre as Ruas Bartolomeu Soares e Jacó Bertillon – Distrito de Ponte Rasa.

2.04 2007-0.239.551-6; DETRAN; Permissão de uso (uso acessório - estacionamento); Av. do Estado, 900 – Distrito de Bom Retiro.

2.05 2005-0.193.069-4; HOSPITAL ALBERT EINSTEIN; Concessão de uso; Rua Ruggero Fasano – Distrito do Morumbi.

2.06 1985-0.005.225-2; BLOCO CAPRICHOSOS DO PIQUERI; Revogação de Permissão de Uso e do Decreto nº 23.009/86; Av. Otaviano Alves de Lima com Rua Coronel Bento Bicudo - Piratuba.

2.07 2012-0.121.416-1; AMLURB; Permissão de uso; Rua Azurita, 100 – Pari.

2.08 2011-0.195.801-0; GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO; Permissão de Uso; Rua Cavaleiro de Jorge, 280 – Cidade Tiradentes.

2.09 2007-0.092.498-8; ANDORINHA HIPER CENTER LTDA; Permissão de uso onerosa; Rua Tavannes, 368 – Mandaguai.

2.10 2005-0.126.659-0; FUNDAÇÃO OSWALDO RAMOS (HOSPITAL DO RIM); Doação de área municipal; Rua Borges Lagoa, 930 – Vila Mariana.

2.11 1987-0.011.860-5; LUIS HUMBERTO RIBEIRO; Revogação de lei que autoriza a alienação de área pública; Av Juscelino Kubitschek, 1372 – Itaim Bibi.

## FUNDO DE DESENVOLVIMENTO URBANO

### CONVOCAÇÃO DA REUNIÃO

**FERNANDO DE MELLO FRANCO**, Presidente do Conselho Gestor do Fundo de Desenvolvimento Urbano – FUNDURB/SMDU, no uso de suas atribuições legais e regulamentares, CONVOCA os Senhores(as) Conselheiros(as) para a 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA a ser realizada no próximo dia 11 de novembro de 2016, sexta-feira, às 9h00min, na Rua São Bento, 405, Edifício Martinelli, 10º andar, sala 102 – Auditório.

#### PAUTA DA REUNIÃO

1. Informações;
2. Prestação de Contas Parciais;
3. Calendário 2017.

Obs: Na impossibilidade de comparecimento, o Conselheiro designará o respectivo suplente, cuja indicação recairá sobre o Secretário-Adjunto ou o Chefe de Gabinete da Pasta, consoante disposto no parágrafo 1º, do artigo 6º, do Decreto Municipal nº 51.437/2010.

## SAÚDE

### GABINETE DO SECRETÁRIO

#### SISTEMA MUNICIPAL DE PROCESSOS - SIM-PROC DESPACHOS: LISTA 2016-2-195

COORDENACAO DE VIGILANCIA EM SAUDE

ENDERECO: RUA SANTA ISABEL, 181

PROCESSOS DA UNIDADE SMS/COVISA/GVISAM/ST

2016-0.092.812-5 SCS SUCATEK COMERCIO DE SUCA-TAS LTDA ME

DOCUMENTAL

AS IRREGULARIDADES APONTADAS NO AUTO DE INFRA-CAO SERIE G - 026709 FORAM CORRIGIDAS. ARQUIVE-SE.

PROCESSOS DA UNIDADE SMS/COVISA/GVISAM/RMA

2016-0.104.135-3 COLEGIO BANDEIRANTES LTDA

DOCUMENTAL

PROCESSO DEVIDAMENTE REGULAMENTADO. ARQUIVE-SE.

PROCESSOS DA UNIDADE SMS/COVISA/GVSPS/CAD

2015-0.260.482-1 FARMADECK LTDA EPP

DEFERIDO

CANCELAMENTO POR PENALIDADE PUBL. D.O.C.

20.10.2016 PÁG. 78 E 79

#### PORTARIA Nº 1.918/2016-SMS.G.

Institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da SMS

O Secretário de Saúde, no uso de suas atribuições legais, e Considerando a Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 que aprova a Política Nacional de Medicamentos. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica;

Considerando o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica da Organização Panamericana de Saúde de 2002;

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Farmácia nº 386, de 12 de novembro de 2002 que define as atribuições do farmacêutico no exercício da sua profissão em assistência domiciliar;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o documento da OPS sobre Serviços Farmacêuticos - Definición, misión, visión, valores y principios de los servicios farmacêuticos basados en APS. Guia de servicios farmacêuticos en la APS. Washington, D.C.: OPS; 2011. Versión 4;

Considerando a Portaria GM nº 529/2013, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

Considerando a Resolução do Conselho Federal de Farmácia nº 585, de 29 de agosto de 2013 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico;

Considerando as diretrizes do Comitê para o Uso Racional de Medicamentos (Curame), redefinido pela Portaria GM Nº 834, de 14 de maio de 2013;

Considerando os Cadernos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde, de 2014, do Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade do alinhamento das práticas assistenciais do que diz respeito aos serviços farmacêuticos, resolve:

Art. 1º Instituir o Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção Básica e de Especialidades na SMS-SP.

Art. 2º Cuidado Farmacêutico é ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção, e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde.

Art. 3º O objetivo do Cuidado Farmacêutico é melhorar os resultados terapêuticos individuais e coletivos em saúde por meio de ações clínicas do farmacêutico integradas à equipe multiprofissional.

Art. 4º A instituição do Cuidado Farmacêutico requer a reorganização das atribuições do farmacêutico, conciliando atividades administrativas e clínicas, e o monitoramento e avaliação dos resultados desta ação.

Art. 5º As diretrizes para sua execução estão definidas no documento “Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção Básica e de Especialidades” descritas no apêndice 1 (anexo).

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

#### APÊNDICE 1

Cuidado Farmacêutico na Rede de Atenção Básica e de Especialidades da SMS-SP

Diretrizes para sua organização 2016

##### 1. Introdução

No Brasil, os modelos tecnológicos em saúde que precederam o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuíram para um afastamento da atuação do farmacêutico junto aos pacientes, pois não previam a participação deste na equipe de saúde e nem consideravam o medicamento como um insumo estratégico. Tal cenário começou a se modificar no final da década de 1980, com o início da implantação do novo sistema baseado nos critérios de integralidade, igualdade de acesso e gestão democrática.1,2,3 Como reflexo dessa mudança, foi introduzido o conceito de Assistência Farmacêutica (AF) e publicada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), como parte essencial da Política Nacional de Saúde, com propósito de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles medicamentos considerados essenciais.1

Em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) aprovada pela Resolução MS/CNS nº 338, afirma que “a AF trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso esse uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”. A PNAF aprimora o entendimento da AF para além do medicamento, enfatizando o cuidado com as pessoas e com a sociedade.4,5

Por meio de políticas de aprimoramento, a AF foi integrada aos serviços de saúde visando atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada. Dentre estas políticas foram publicadas em 2010 as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.6 Nessa perspectiva, em 2014, o Ministério da Saúde publicou a série “Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica” prevendo ações assistenciais oriundas dos serviços clínicos farmacêuticos que propiciam alcançar uma farmacoterapia efetiva e segura.5

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPS) a valorização da assistência farmacêutica no SUS proporcionou a implantação de estratégias de melhoria de acesso aos medicamentos, por meio de incentivos financeiros a programas específicos para doenças de maior prevalência, para agravos à saúde de maior risco e para doenças que representam elevado custo individual de tratamento.7

As expectativas crescentes da sociedade a respeito da qualidade em saúde e da atenção sanitária resultam em exigências de serviços reorientados e centrados no indivíduo, na família e na comunidade, com melhor grau de assistência à saúde no âmbito da comunidade e sua maior participação nas decisões. Da mesma forma, as mudanças nos serviços farmacêuticos não podem ser inferiores a tais expectativas, pois o acesso a esses serviços deve ser entendido como um direito dos usuários dos sistemas de saúde e uma oportunidade de melhoria na saúde e na qualidade de vida do paciente.7

No âmbito dos serviços farmacêuticos, a afirmação da atuação clínica do farmacêutico como integrante da equipe de atenção à saúde é uma demanda que surge nas últimas décadas e esta ampliação se apoia no reflexo causado pela utilização inadequada medicamentos e na morbimortalidade associada ao seu uso, que constitui um grave problema de saúde pública.8,9

Na Secretária Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), que possui aproximadamente 570 farmácias, as estratégias voltadas ao componente logístico da assistência farmacêutica evoluíram nos últimos anos e ainda merecem aprimoramento. Considerando esse cenário, faz-se oportuno e estratégico avançar em serviços clínicos voltados para o Cuidado Farmacêutico para melhoria da assistência prestada.

#### 2. Histórico

Em 1990, Hepler e Strand propuseram o conceito de “pharmaceutical care”, traduzido no Brasil como Atenção Farmacêutica ou Cuidado Farmacêutico, sendo definido como “a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”. Em seguida, no ano de 1993, foi publicado o documento conhecido como “Declaração de Tóquio”, a partir de uma reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS), que propiciou a reafirmação e divulgação desse novo modelo de prática de atuação vinculado ao profissional farmacêutico.10,3,8

Em 2002, o termo Atenção Farmacêutica foi definido no Brasil como “um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”.11,12

Na Resolução nº 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), o Cuidado Farmacêutico centrado no paciente é entendido como “uma relação humanizada que envolve o respeito às crenças, expectativas, experiências, atitudes e precauções do paciente ou cuidadores quanto às suas condições de saúde e ao uso de medicamentos, na qual farmacêutico e paciente compartilham a tomada de decisão e a responsabilidade pelos resultados em saúde alcançados”.13

Em 2014, o Ministério da Saúde (MS) utiliza o termo Cuidado Farmacêutico e amplia o seu entendimento, que passa a ser compreendido como: “ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção, e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde”.5

#### 3. Justificativa

Pacientes com polifarmacoterapia, com comorbidades e problemas de adesão e/ou acompanhados em diversos serviços da rede assistencial, possuem alto risco para desenvolver problemas decorrentes do tratamento farmacológico, representam os maiores consumidores dos recursos em saúde devido ao aumento das hospitalizações e geralmente estão em situação de fragilidade assistencial.14,15

A participação do farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêutico desses usuários tem mostrado resultados positivos, reduzindo custos, melhorando a qualidade das prescrições, aprimorando o manejo clínico de pacientes com doenças crônicas, controlando possibilidades de reações adversas e promovendo maior adesão ao tratamento, além de proporcionar uma maior qualidade da atenção prestada aos usuários e atividades em educação em saúde.16,17,18,11,19

Este documento define diretrizes para organização do serviço farmacêutico, conciliando atividades clínicas e administrativas para promover o desenvolvimento de ações voltadas ao Cuidado Farmacêutico nas unidades da rede básica e de especialidades da SMS-SP.

#### 4. Objetivos

\* Melhorar os resultados terapêuticos individuais e coletivos na gestão do cuidado em saúde por meio de ações clínicas do farmacêutico integradas à equipe multiprofissional.

\* Promover o uso racional de medicamentos junto aos prescritores, equipes de saúde e a comunidade, englobando ações de educação em saúde e farmacovigilância.

#### 5. Diretrizes para organização

A SMS-SP não determina a utilização de uma metodologia específica de acompanhamento farmacoterapêutico, tal como Dader, Minnesota e outras já existentes. Fica a critério do profissional a escolha do método de acordo com sua formação e especificidades locais.

Considera-se que introdução de ações voltadas ao Cuidado Farmacêutico nos serviços já tradicionalmente ofertados pelas unidades de saúde requer a sensibilização dos gestores e da equipe de saúde.Outros elementos para a organização dos serviços como a definição das atividades clínicas do farmacêutico, com metas e estratégias para seu cumprimento, e as atividades que configuram a consulta farmacêutica são propostos a seguir:

5.1 Promoção da inclusão do Cuidado Farmacêutico no processo de trabalho da Unidade de Saúde.

\* Elaborar a proposta de realização do Cuidado Farmacêutico que defina de forma clara os princípios e objetivos dos serviços clínicos e como os resultados obtidos com essa prática podem contribuir com o trabalho da equipe.

\* Apresentar a proposta para a equipe multiprofissional e definir conjuntamente os critérios de encaminhamento de pacientes para o atendimento clínico farmacêutico, o grau de prioridade para o atendimento frente a uma demanda de atendimentos, as vias de encaminhamento e qualquer outra condição interna, os fluxos e a organização do processo de trabalho a fim de facilitar o acesso dos usuários aos serviços farmacêuticos aos quais necessitem.

\* Definir o espaço físico para as ações em grupo e individuais.

\* Divulgar a proposta para comunidade por meio das representações sociais.

5.2 Atividades clínicas do farmacêutico

O MS destaca que as metas a serem atingidas com as atividades clínicas do farmacêutico são 5:

\* A orientação integral do usuário, direcionada ao acesso aos medicamentos de que necessita, no âmbito da Atenção Básica, como nos componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica eda farmácia popular;

\* A educação do usuário sobre seus medicamentos e problemas de saúde,de modo a aumentar sua autonomia sobre o tratamento e promover o autocuidado apoiado;

\* A promoção da adesão do usuário aos medicamentos, por meio da orientação terapêutica, da redução da complexidade do tratamento e da provisão de recursos que apoiem a utilização de medicamentos;

\* A otimização da farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação e, quando possível, da redução da carga de comprimidos e do custo do tratamento;

\* A avaliação da efetividade do tratamento e, quando necessário, o ajuste da farmacoterapia junto ao prescritor e a equipe de saúde;

\* A identificação, a prevenção e o manejo de erros de medicação, interações medicamentosas, reações adversas e riscos associados aos medicamentos;

\* A educação do usuário para a guarda e a destinação adequada dos medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde.

Para tanto, o MS refere que as estratégias da intervenção farmacêutica, junto aos usuários e à equipe de saúde, voltadas aos objetivos citados são 20:

a) Ações de revisão da farmacoterapia: consistem na avaliação de todos os medicamentos, prescritos e não prescritos, a fim de identificar problemas, como interações medicamentosas ou baixa adesão ao tratamento, que possam comprometer os resultados terapêuticos;

b) Ações de conciliação dos medicamentos: são conduzidas avaliações pelo farmacêutico a fim de conciliar as prescrições na transição entre níveis assistenciais;

c) Ações para avaliação e promoção da adesão terapêutica: por meio de múltiplas estratégias, como orientação ao usuário, redução da complexidade do tratamento, material educativo e monitoramento contínuo, em especial aqueles pacientes com doenças crônicas;

d) Ações de aconselhamento ao usuário: consiste em ações que viabilizam uma maior compreensão e autonomia do usuário quanto ao seu tratamento, com foco na adesão e no autocuidado;

e) Ações de acompanhamento farmacoterapêutico: consiste em pactuar e monitorar metas terapêuticas, em tratamentos mais complexos e dificuldades no uso de medicamentos.

A consulta farmacêutica é o meio fundamental para o desenvolvimento das ações clínicas assistenciais e consiste em um processo sistemático, independente do método escolhido, deve contemplar quatro etapas:

1. Acolhimento do usuário e coleta de dados, que inclui a anamnese farmacêutica, investigação dos medicamentos utilizados e análise da história clínica do paciente. Quanto maior o acesso do farmacêutico às informações sobre o usuário, maiores são as chances de serem realizadas intervenções resolutivas na farmacoterapia;5

2. Avaliação e identificação de problemas relacionados ao farmacêutico. Essa etapa tem o propósito de ajudar os pacientes a atingirem suas metas terapêuticas e a obterem o máximo de benefícios com o uso dos medicamentos.21 Os problemas podem estar relacionados à seleção, prescrição, administração de medicamentos e adesão ao tratamento pelos usuários ou também à forma de acesso e riscos relacionados à terapêutica utilizada;5

3. Elaboração do plano de cuidado pactuado junto ao paciente e compartilhado com a equipe multiprofissional;

4. Realização do acompanhamento farmacoterapêutico que estabelece metas terapêuticas a serem alcançadas, para avaliação das respostas advindas a partir do plano de cuidado.5

A valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção é uma orientação geral da Política Nacional de Humanização.22

O Cuidado Farmacêutico deve se dar segundo uma concepção da humanização do cuidado em saúde. A tomada de decisão por parte do farmacêutico pode ser mais assertiva por meio do cuidado pleno, com acolhimento, escuta qualificada do problema de saúde do paciente, com esforço para apreensão das diversas dimensões de sua vida: social, trabalho, emocional, etc, as quais resultam em morbidade e uso de medicamentos. Dessa forma é possível o encaminhamento de propostas de Cuidado Farmacêutico mais resolutivas. Nessa mesma linha, as ações do Cuidado Farmacêutico podem incluir o encaminhamento do paciente para práticas integrativas em saúde, participação de grupos (hipertensão, tabagismo, outros), orientação nutricional etc. visando à prevenção de agravos e recuperação da saúde.22

5.3 Registro em prontuário das atividades desenvolvidas É fundamental que todas as atividades realizadas pelo farmacêutico sejam registradas no prontuário do paciente respeitando a metodologia e critérios definidos pela comissão de prontuários local.

#### 5.4 Estruturação de agenda

A proposta de distribuição das horas de trabalho semanais do farmacêutico deve conciliar as atividades administrativas e de logística com ações clínico-assistenciais.

As atividades clínicas a serem desenvolvidas, descritas no tópico 5.2, devem compor a agenda elaborada pelo farmacêutico e pelo gerente de acordo com as características de cada unidade, conforme parâmetros abaixo:

\* Consultas farmacêuticas de primeira vez: 45 a 60 minutos;

\* Consultas de retorno: 30 a 45 minutos.

É estratégico que as agendas sejam abertas no sistema SIGA-Saúde contemplando um número mínimo de consultas, podendo ser ampliado ao longo da implantação de acordo com a demanda. A abertura da agenda deve ser realizada para garantir ao farmacêutico uma reserva de tempo necessária, dentro das suas atrib