

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

RESOLUÇÃO Nº 675, DE 31 DE OUTUBRO DE 2019

Regulamenta as atribuições do farmacêutico clínico em unidades de terapia intensiva, e dá outras providências.

A terapia intensiva, especialidade clínica que se originou na década de 1950, nos Estados Unidos, tem por conceito o cuidado ao paciente com risco iminente de morte, ou seja, que apresente instabilidade fisiológica, falência orgânica e que necessite de suporte e vigilância/monitoramento contínuo, podendo variar em seu grau de invasividade.

O cuidado farmacêutico ao paciente com esse perfil data dos anos 70; no entanto, somente em 2000, associações profissionais norte-americanas como o American College of Clinical Pharmacy (ACCP) e a Society of Critical Care Medicine (SCCM) se reuniram com o intuito de identificar e descrever o escopo das atividades dos farmacêuticos intensivistas e dos serviços de farmácia clínica em terapia intensiva. Na mesma época, Leape et al. (1999) demonstraram à comunidade científica que a participação do farmacêutico na equipe multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi associada a uma taxa substancialmente menor de eventos adversos associados ao uso de medicamentos, ratificando, portanto, a importância desse profissional no cuidado ao paciente crítico.

Na década de 1980, em resposta à expansão da especialidade de terapia intensiva no Brasil, foi criada a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) que incorporou, ao longo do tempo, outros profissionais da saúde à equipe de cuidados intensivos. O departamento de farmácia clínica da AMIB nasceu em 2008, com o objetivo de integrar o farmacêutico à equipe multiprofissional da UTI. Em 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) definiu os requisitos mínimos para o funcionamento de UTIs, reconheceu o farmacêutico como membro da equipe multidisciplinar e estabeleceu a necessidade da assistência farmacêutica à beira do leito.

Entende-se que a unidade de terapia intensiva é considerada um ambiente hostil e complexo, que envolve alta tecnologia, e expõe o paciente a um maior risco de eventos adversos. Assim, é fundamental considerar a qualidade e a segurança relacionadas ao cuidado. O estudo brasileiro de Soares et al. (2016) mostrou na coorte estudada que, além de uma série de características organizacionais envolvendo o cuidado ao paciente, a presença do farmacêutico clínico foi capaz de impactar na redução da mortalidade de pacientes oncológicos em UTI (odds ratio [OR], 0,67; IC 95% - 0,49 a 0,90).

Em 2019, Lee e colaboradores, em uma revisão sistemática sobre a atuação do farmacêutico na equipe multiprofissional em terapia intensiva, demonstraram redução significativa na mortalidade (OR, 0,78; IC 95%, 0,73-0,83; p < 0,00001), no tempo de internação na UTI (OR -1,33 dias (IC 95%,-1,75 to -0,90 d; p < 0,00001) e no número de eventos preveníveis e não preveníveis (OR 0,26; IC 95%, 0,15-0,44; p < 0,00001 e OR 0,47; IC 95%, 0,28-0,77; p = 0,003).

A atuação do farmacêutico no cuidado ao paciente crítico em unidade de terapia intensiva, no que diz respeito à segurança do paciente, à gestão da qualidade e à eficiência, aumentou a demanda por esse profissional como parte integrante da equipe multiprofissional. Como reflexo de todo esse movimento e com o crescimento da atuação clínica do farmacêutico, cada vez mais se faz necessária a especialização em áreas de cuidado ao paciente crítico, a fim de ampliar a capacidade desse profissional impactar positivamente nos serviços, contribuindo para melhorar os resultados clínicos, econômicos e humanísticos.

O Conselho Federal de Farmácia, no âmbito das suas atribuições previstas na Lei Federal nº 3.820/60;

Considerando que o Conselho Federal de Farmácia (CFF), no âmbito de sua área específica de atuação e como entidade de profissão regulamentada, exerce atividade típica de Estado, nos termos do artigo 5º, inciso XIII; artigo 21, inciso XXIV e artigo 22, inciso XVI, todos da Constituição Federal;

Considerando o disposto no artigo 5º, inciso XIII, da Constituição Federal, que outorga liberdade de exercício, trabalho ou profissão, desde que atendidas as qualificações que a lei estabelecer;

Considerando a outorga legal ao Conselho Federal de Farmácia de zelar pela saúde pública, promovendo ações de assistência farmacêutica em todos os níveis de atenção à saúde, de acordo com a alínea "p", do artigo 6º da Lei Federal nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, com as alterações da Lei Federal nº 9.120, de 26 de outubro de 1995;

Considerando que é atribuição do Conselho Federal de Farmácia expedir resoluções para eficácia da Lei Federal nº 3.820, de 11 de novembro de 1960 e, ainda, compete-lhe o múnus de definir ou modificar a competência dos profissionais de Farmácia em seu âmbito, conforme o artigo 6º, alíneas "g" e "m";

Considerando a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º, que inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

Considerando a Lei Federal nº 13.021, de 8 de agosto de 2014, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas;

Considerando as disposições do Decreto Federal nº 20.377, de 8 de setembro de 1931, que aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil;

Considerando as disposições do Decreto Federal nº 85.878, de 7 de abril de 1981, que estabelece normas para execução da Lei Federal nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, que dispõe sobre o exercício da profissão farmacêutica, e dá outras providências;

Considerando a Portaria SVS/MS nº 272, de 08 de abril de 1998, que aprova o regulamento técnico dos requisitos mínimos para a terapia de nutrição parenteral;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que institui as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares;

Considerando a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial;

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos;

Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência;

Considerando a Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010, que aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais, com destaque para o capítulo 4.2, alínea "d";

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

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013, que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente;

Considerando o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017;

Considerando a Resolução CNS/MS nº 338, de 06 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica;

Considerando o disposto na Resolução CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e na Resolução MS/CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos;

Considerando a Nota Técnica CGSI/MS nº 02, de 25 de janeiro de 2018, que acrescenta o código dos serviços farmacêuticos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) ao Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos (SIGTAP), Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017, que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 67, de 8 de outubro de 2007, que dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 47, de 8 de setembro de 2009, que estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais da saúde;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 02, de 25 de janeiro de 2010, que dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que na seção IV, artigo 18, estabelece a necessidade da assistência farmacêutica à beira do leito na Unidade de Terapia Intensiva e, em seu artigo 23, dispõe que a assistência farmacêutica deve integrar a equipe multidisciplinar;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 63, de 25 de novembro de 2011, que estabelece padrões para o funcionamento dos serviços de atenção à saúde, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, e dá outras providências;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 11, de 13 de março de 2014, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de diálise, e dá outras providências;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 222, de 28 de março de 2018, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde;

Considerando a Resolução/CFF nº 366, de 02 de outubro de 2001, que dispõe sobre as especialidades de farmácia reconhecidas pelo Conselho Federal de Farmácia, e a Resolução/CFF nº 572, de 25 de abril de 2013, que dispõe sobre a regulamentação das especialidades farmacêuticas, por linhas de atuação;

Considerando a Resolução/CFF nº 492, de 26 de novembro de 2008, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada, alterada pela Resolução/CFF nº 568, de 6 de dezembro de 2012;

Considerando a Resolução/CFF nº 507, de 24 de junho de 2009, que institui a Anotação de Atividade Profissional do Farmacêutico (AAPF);

Considerando a Resolução/CFF nº 555, de 30 de novembro de 2011, que regulamenta o registro, a guarda e o manuseio de informações resultantes da prática da assistência farmacêutica nos serviços de saúde;

Considerando a Resolução/CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências;

Considerando a Resolução/CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013, que regula a prescrição farmacêutica, e dá outras providências;

Considerando a Resolução/CFF nº 596, de 21 de fevereiro de 2014, que dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares;

Considerando os Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (Sbrafh), 3ª edição/2017;

Considerando a especificidade do cuidado ao paciente crítico, a qual abrange pacientes adultos, pediátricos e neonatais, nas mais diversas especialidades clínicas;

Considerando que centro de terapia intensiva inclui o agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma unidade de terapia intensiva (UTI);

Considerando que a UTI é uma unidade clínica de alta complexidade, que se utiliza de materiais específicos e tecnologia avançada para prestar assistência;

Considerando o uso racional e seguro de medicamentos e a prevenção de eventos adversos na qualificação do cuidado e da segurança do paciente nas UTIs;

Considerando que o farmacêutico clínico, em unidade de terapia intensiva, é corresponsável pelos processos assistenciais ao paciente junto à equipe multiprofissional, o Conselho Federal de Farmácia, no uso de suas atribuições, resolve:

Art. 1º - Regulamentar as atribuições do farmacêutico clínico em unidade de terapia intensiva, nos termos desta resolução.

I - As atribuições regulamentadas pela presente resolução constituem prerrogativa do farmacêutico legalmente habilitado e inscrito no Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição.

II - O farmacêutico clínico deve cumprir sua carga horária de trabalho em tempo integral na UTI, dedicado exclusivamente ao cuidado do paciente crítico.

CAPÍTULO I - DAS ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO CLÍNICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Art. 2º - São atribuições relacionadas ao cuidado:

I. Prevenir, identificar, avaliar, intervir e monitorar incidentes associados aos medicamentos e a outros problemas referentes à farmacoterapia e demais produtos utilizados na assistência ao paciente;

II. Integrar a equipe multiprofissional da UTI;

III. Estabelecer uma relação de cuidado centrado no paciente;

IV. Participar das visitas multiprofissionais, discutindo os casos dos pacientes e colaborando com a elaboração do plano terapêutico, conforme a rotina da unidade;

V. Promover a integração entre a unidade de terapia intensiva e a farmácia hospitalar;

VI. Acessar, conhecer, interpretar, organizar e sintetizar as informações constantes no prontuário, a fim de proceder à avaliação do paciente;

VII. Conhecer as condições biopsicossociais do paciente;

VIII. Fazer a anamnese farmacêutica, incluindo a história da doença atual, comorbidades, hábitos de vida, alergias conhecidas, uso prévio de medicamentos, entre outros;

IX. Fazer a conciliação de medicamentos;

X. Analisar a prescrição do paciente quanto aos aspectos legais e técnicos, de modo a promover o uso adequado de medicamentos, nutrientes e de outros produtos para a saúde;

a. Avaliar a farmacoterapia quanto à indicação, doses, frequência, horários, vias de administração, formas farmacêuticas, reconstituição, diluição, tempo e velocidade de infusão, duração do tratamento, com o objetivo de atender às necessidades individuais do paciente crítico;

b. Gerenciar, avaliar e otimizar a terapia antimicrobiana, com o objetivo de promover seu uso racional, em consonância com as diretrizes da instituição, relacionadas ao controle de infecção hospitalar;

c. Analisar a terapia nutricional (enteral ou parenteral) prescrita para o paciente e recomendar modificações, quando indicado, considerando as necessidades do paciente, as características físico-químicas da formulação, possíveis incompatibilidades e interações medicamentosas, o tipo de acesso e os dispositivos disponíveis;

d. Avaliar a necessidade de adaptação de forma farmacêutica e orientar quanto ao uso seguro de medicamentos, considerando as peculiaridades do paciente, a via de administração disponível, a compatibilidade com os dispositivos para administração e a efetividade terapêutica;

e. Pesquisar precauções e contraindicações dos medicamentos descritas na literatura baseada na melhor evidência científica, considerando o potencial de dano;

XI. Identificar e notificar possíveis reações adversas a medicamentos (RAMs) no contexto da UTI, e promover estratégias de prevenção e resolução;

XII. Colaborar com as ações de prevenção, identificação, notificação e resolução de incidentes e queixas técnicas, a fim de minimizar possíveis danos relacionados à assistência;

