

Aline Aparecida Foppa

**QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO FARMACÊUTICO
CLÍNICO A PARTIR DOS DADOS DE
SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO A INDIVÍDUOS
COM DOENÇA DE PARKINSON**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Associação de IES, Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mareni Rocha Farias

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Clarice Chemello

Florianópolis

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Foppa, Aline Aparecida
QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO FARMACÊUTICO CLÍNICO A PARTIR
DOS DADOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO A INDIVÍDUOS
COM DOENÇA DE PARKINSON / Aline Aparecida Foppa ;
orientadora, Marení Rocha Farias ; coorientadora, Clarice
Chemello. - Florianópolis, SC, 2014.
230 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Assistência Farmacêutica.

Inclui referências

1. Assistência Farmacêutica. 2. Assistência
Farmacêutica. 3. Atenção Farmacêutica. 4. Serviço
Farmacêutico Clínico. 5. Doença de Parkinson. I. Farias,
Marení Rocha . II. Chemello, Clarice . III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Assistência Farmacêutica. IV. Título.

Aline Aparecida Foppa

**QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO FARMACÊUTICO CLÍNICO
A PARTIR DOS DADOS DE SEGUIMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO A INDIVÍDUOS COM DOENÇA
DE PARKINSON**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica.

Florianópolis, 19 de fevereiro de 2014.

Prof.^a Marení Rocha Farias, Dr.^a

Coordenadora local (UFSC) do Programa de Pós Graduação em
Assistência Farmacêutica - PPGASFAR

Prof.^a Marení Rocha Farias, Dr.^a

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.^a Clarice Chemello, Dr.^a
Co-orientadora
Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG

Banca Examinadora:

Prof. Cassyano Januário Correr, Dr.
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Prof. Rui Daniel Schröder Prediger, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. Paulo Sérgio Dourado Arrais, Dr.
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, fonte inesgotável de paciência, dedicação e amor. São sem dúvida o meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a minha Co-orientadora Clarice Chemello por compartilhar esse trabalho comigo. Agradeço também pela paciência, dedicação e inúmeros conselhos (profissionais e pessoais). Você se tornou uma grande amiga!

Agradeço a minha orientadora Marení Rocha Farias pela oportunidade e experiência compartilhada, a qual contribuiu enormemente para a elaboração desta dissertação.

Agradeço à família Farmácia Escola. A todos os bolsistas/estágios que passaram durante o meu mestrado e que foram e são sem dúvida a inspiração para a elaboração e continuação desse trabalho.

Agradeço a todas as farmacêuticas, Mariela, Karina, Leila e, em especial a minha grande amiga Marina pelo apoio incondicional, conselhos, conversas, risadas e amizade!

Rosana agradeço por confiar em mim e por permitir e apoiar a implantação de um serviço farmacêutico clínico na Farmácia Escola, apesar de todas as barreiras que nos tem sido impostas. Claudia, Sandra, Fabiola, Kaite e Carine agradeço pelo apoio, carinho e amizade e ao Bernd pela ajuda nas análises estatísticas.

Agradeço também ao Fernando (Giga) e a Claudia por terem me ajudado nas questões que envolviam informática. Não sei o que seria da minha dissertação sem vocês!

Agradeço a todos os pacientes e cuidadores e a APASC por terem me recebido de braços abertos e confiarem no meu trabalho. Aos meus colegas de pós-graduação em Atenção Farmacêutica e em especial a Liege que, com o seu entusiasmo e paixão pela profissão farmacêutica, me mostrou a importância do Serviço Clínico Farmacêutico e que era possível sim este se tornar realidade no meu ambiente de trabalho.

A minhas amigas Vera, Fani, Mari, Vivi, Mah, Jú (as minhas eternas descontrols), Roberta Kloster, Liliane, Andrea, Morena, Crix, Roberta Gutteres, Maria Fernanda, Débora, Amanda, Monica, Gabi e Elisa obrigada pelo apoio, dedicação e amizade, tão importantes no término dessa etapa. Vocês são muito mais que amigas, são a família que Deus me permitiu escolher!

Vera à você um agradecimento especial, nesses últimos meses você me proporcionou encontrar em mim uma força e determinação que eu não sabia que existia. Obrigada pela “terapia” e pela companhia, você não faz ideia como foram importantes!

A minha família: pai, mãe e Talize. Vocês são para mim a certeza de que tudo dará certo, a base de tudo, os grandes responsáveis por quem sou hoje. Amo muito vocês!

“Conhece todas as teorias, domine todas as práticas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl Gustav Jung, 1875 - 1961)

RESUMO

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa que se caracteriza pela morte de neurônios dopaminérgicos da substância negra pars compacta. As principais manifestações clínicas motoras da DP incluem tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e anormalidades posturais e as não motoras perda de olfato, depressão, distúrbios do sono e disautonomias. O tratamento da DP é complexo devido a sua natureza progressiva, a qual leva ao surgimento de novos sintomas, necessitando ajuste de dose e/ou adição de novo medicamento, somado aos efeitos colaterais precoces e tardios da intervenção farmacoterapêutica. Apesar da ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente após a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, nos últimos anos, a população tem se defrontado com necessidades que transcendem o acesso a medicamentos. Evidenciase que o medicamento não pode ser o foco central dos serviços farmacêuticos, nem tão pouco as questões logísticas serem a única atividade fim da Assistência Farmacêutica. Entretanto, no Brasil ainda predomina o acesso a medicamentos enquanto a disponibilidade do produto, em detrimento da provisão de um serviço farmacêutico focado no cuidado ao paciente. Neste contexto, este estudo objetivou identificar elementos necessários para qualificar o serviço farmacêutico clínico, envolvendo aspectos gerenciais, humanísticos e clínicos. O estudo foi realizado na Farmácia Escola UFSC/PMF e envolveu obtenção de dados a respeito do perfil sócio demográfico e terapêutico dos indivíduos com DP, o seguimento farmacoterapêutico (SFT), dados de adesão, qualidade de vida, grau de satisfação com o serviço, entre outros. **Resultados e discussão:** Foi verificado que os pacientes com DP eram idosos, polimedicados, com certo grau de demência, dificuldade de adesão ao tratamento,

com presença de problemas relacionados aos medicamentos (PRM) e sem acesso a integralidade dos serviços de saúde pelo SUS. A proposição de um serviço farmacêutico clínico a esses pacientes, de acordo com a sua necessidade, poderia contribuir para melhorar a sua qualidade de vida, através de resultados clínicos e humanísticos mais satisfatórios. O SFT envolveu 70 pacientes com DP, o que correspondeu a 377 consultas farmacêuticas, as quais ocorreram mensalmente durante seis meses e totalizaram 185,8 horas. Foram realizadas 404 intervenções farmacêuticas, destas 69,1% foram aceitas, com melhora ou resolução do problema em 76,3% dos casos. As intervenções foram realizadas majoritariamente com os pacientes (73,7%) e as principais necessidades foram relacionadas à orientação sobre o tratamento não farmacológico (28,5%), orientação sobre o tratamento farmacológico (24,3%) e aprazamento (13,6%). O SFT teve efeito positivo na adesão, QV e redução de PRM. O grau de satisfação dos usuários foi elevado, tanto com relação aos serviços da farmácia ($4,6 \pm 0,4$), quanto a relação com o farmacêutico ($4,7 \pm 0,3$). Diante dos benefícios clínicos e humanísticos verificados, foi elaborada uma proposta para a implantação do serviço farmacêutico clínico na Farmácia Escola (FE), considerando três ações fundamentais: a sensibilização/motivação da equipe para a prática da clínica farmacêutica, a reengenharia dos processos de trabalho e a criação de fluxos para o atendimento ao paciente de acordo com a complexidade do serviço farmacêutico clínico por ele requerido.

Considerações finais: O serviço clínico farmacêutico precisa ser estruturado nas farmácias com urgência de modo que atenda o paciente de maneira individualizada, de acordo com as suas necessidades em saúde e que compatível com o nível de complexidade da demanda do paciente. Com a implantação do serviço farmacêutico clínico na FE estaremos avançando na busca por serviços de qualidade centrados no cuidado de pacientes.

Palavras chaves: Doença de Parkinson, Atenção Farmacêutica, Satisfação dos consumidores.

ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease (PD) is a neurodegenerative disease characterized by the death of dopaminergic neurons in the substantia nigra pars compacta. The main clinical motor manifestations of PD include rest, bradykinesia, rigidity, tremor and postural abnormalities, and non-motor are loss of smell, depression, sleep disorders and dysautonomia. The treatment of PD is complex due to its progressive nature, which leads to the appearance of new symptoms requiring dose adjustment and / or addition of new medication, coupled with early and late side effects of pharmacotherapeutic intervention. Despite the expansion and qualification of access to medicines by the Unified Health System (SUS), especially after the National Policy Drugs and the National Pharmaceutical Assistance Policy, in recent years, the population has been faced with needs that go beyond access to medicines. It is evident that the product may not be the central focus of pharmaceutical services, nor the logistical issues are the only activity order of Pharmaceutical Care. However, Brazil still dominates access to medicines while the availability of the product, rather than providing a focus on patient care pharmaceutical services. In this context, this study aimed to identify elements necessary to qualify the clinical pharmacist service involving management, humanistic and clinical aspects. The study was conducted in Pharmacy School UFSC / PMF and involved obtaining data regarding sociodemographic and therapeutic profile of individuals with PD, pharmacotherapeutic follow-up (SFT), compliance data, quality of life, satisfaction with the service, others. Results and discussion: It was found that PD patients were elderly, polymedicated, with some degree of dementia, poor adherence to treatment, with the presence of problems related to drugs (PRM) and without access to integration of health services by SUS. The proposal of a clinical pharmacist

service to these patients according to their need, could help improve their quality of life through more satisfactory clinical and humanistic outcomes. The SFT involved 70 patients with PD, which corresponded to 377 pharmaceutical consultations, which were monthly for six months and totaled 185.8 hours. The pharmaceutical interventions totaled 404, of these 69.1 % were accepted with improvement or resolution of the problem in 76.3% of cases were performed. Interventions were performed mostly with patients (73.7%) and the main needs were related to guidance on non-pharmacological treatment (28.5%), guidance on the treatment (24.3%) and scheduling (13.6%). The SFT had a positive effect on adherence, and reduced QOL PRM. The degree of user satisfaction was high, especially in relation to the pharmacy (4.6 ± 0.4) services, as the relationship with the pharmacist (4.7 ± 0.3). Given the established clinical and humanistic benefits , a proposal was drawn up for the implementation of clinical pharmaceutical services in Pharmacy School (FE), considering three fundamental actions: awareness / motivation of staff to the practice of pharmaceutical clinical re-engineering of work processes and creating flows for patient care according to the complexity of the clinical pharmacist service requested by him. Conclusion: The clinical pharmacy service needs be structured in pharmacies urgently so that it meets the patient in an individualized was, according to your health needs and consistent with the level of complexity of patient demand. To the implementation of pharmaceutical services clinical to the Fe will be in advancing the search for quality services centered on patient care.

Key words: Parkinson's disease, Pharmaceutical Care, Consumer satisfaction

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática da progressão da DP nos três fenótipos: PD, PDD e DLB	37
Figura 2 - Mecanismo de ação dos fármacos utilizados no tratamento dos sintomas da Doença de Parkinson	42
Figura 3 - Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado	53
Figura 4 - Representação e estrutura de um genograma.....	62
Figura 5 - Representação do ecomapa.....	63
Figura 6 - Estratificação dos pacientes aderentes e não aderentes ao longo do SFT (n=70).....	126
Figura 7 - Dados do formulário de primeira consulta de Seguimento Farmacoterapêutico	162
Figura 8 - Proposição de um fluxo de serviços farmacêuticos clínicos na Farmácia Escola	166
Figura 9 - Fluxo de atendimento para SFT através do método do PBL	169

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição conforme escolaridade dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo ..	75
Gráfico 2 - Escore de qualidade de vida (PDQ-39) dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo	77
Gráfico 3 - Influência da presença do cuidador na percepção de QV de indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo	78
Gráfico 4 - Frequência de disautonomias nos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo ..	79
Gráfico 5 - Distribuição de acordo com o tempo de diagnóstico dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo	80
Gráfico 6 - Outras patologias diagnosticadas nos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo .	81
Gráfico 7 - Medicamentos mais prescritos para os indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo .	83
Gráfico 8 - Frequência dos esquemas terapêuticos utilizados pelos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo	84
Gráfico 9 - Representação das combinações terapêuticas mais utilizadas pelos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo	85
Gráfico 10 - Número de indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo pacientes que utilizavam tratamento medicamentoso para comorbidades neurológicas	86
Gráfico 11 - Distribuição da amostra de acordo com o número de intervenções realizadas.....	105
Gráfico 12 - Número de intervenções por consulta.....	106
Gráfico 13 - Número de intervenções feitas, aceitas e resolvidas relacionadas à DP.....	112
Gráfico 14 - Intervenções realizadas por sintomas neurológicos	116
Gráfico 15 - Qualidade de vida dos pacientes com DP antes (PDQ_1) e após seis meses de SFT (PDQ_2).....	119
Gráfico 16 - Controle dos sintomas motores dos pacientes em SFT no T0, T3 e T6.....	121
Gráfico 17 - Avaliação da adesão no início e após seis meses de SFT	126

Gráfico 18 - Avaliação da adesão pelo método de Morisky-Green-Levine no tempo T0, T3 e T6 128

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 - Genes envolvidos na Doença de Parkinson	34
Quadro 2 - Resumo dos medicamentos antiparksonianos mais utilizados no tratamento para Doença de Parkinson.....	50
Quadro 3 - Classificação de PRM.....	60

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Correlação da cognição com o nível de escolaridade dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo	76
Tabela 2 - Dados demográficos dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis que fizeram parte do estudo	102
Tabela 3 - Distribuição das consultas de SFT realizadas por número de pacientes).....	103
Tabela 4 - Número de consultas com neurologista durante o período de SFT	103
Tabela 5 - Número de intervenções feitas de acordo com o ator envolvido (se médico/paciente/cuidador/familiar).....	108
Tabela 6 - Intervenções farmacêuticas realizadas, aceitas e resolvidas por conduta.....	109
Tabela 7 - Intervenções feitas, aceitas e resolvidas por problema identificado (condição clínica).....	111
Tabela 8 - Intervenções farmacêuticas realizadas, aceitas e resolvidas por conduta especificamente relacionadas à DP	113
Tabela 9 - Número de intervenções realizadas, aceitas e com melhora para os sintomas autossômicos	115
Tabela 10 - Principais desfechos clínicos verificados após seis meses de SFT	117
Tabela 11 - Distribuição do tipo de problemas relacionados com medicamentos de acordo com a frequência, média de intervenções e número de resoluções	123
Tabela 12 - Descrição das características dos participantes selecionados para o grupo focal	139
Tabela 13 - Questionário de Satisfação de Serviço Farmacêutico (domínio exposição agradável).	142
Tabela 14 - Questionário de Satisfação de Serviço Farmacêutico (domínio manejo da terapia)	146
Tabela 15 - Cronograma da capacitação para implantação do Serviço Clínico Farmacêutico	156

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3-OMD – 3-O-metildopa
AD - Autossômica dominante
ALT – Alanina transaminase
APASC - Associação de Parkinson de Santa Catarina
APS - Atenção Primária à Saúde
AR - Autossômica recessiva
AST – Aspartato transaminase
ATC - Antidepressivos Tricíclicos
AtenFar - Atenção Farmacêutica
BEG - Bom Estado Geral
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
COMT - catecol-O-metiltransferase
CYP2D6 – Citocromo P450 2D6
DLB - Demência com Corpúsculos de Lewy
DM - Diabete mellitus
DP - Doença de Parkinson
ESF - Estratégia da Saúde da Família
FE – Farmácia Escola
GABA - Ácido Gamaminobutírico
GSTs – Glutadiona Transferase
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IMAOs - inibidores da monoaminoxidase
IRN – Inibidores da Recaptação de Noradrenalina
ISRS - Inibidores da Recaptação de Serotonina
L-DOPA - Levodopa
LRRK2 – leucine-rich repeat kinase 2
MAO-B - monoamino oxidase B
MEEN - Mini Exame do Estado Mental
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NAT2 - N-Acetyltransferase 2
NMDA - N-metil D-Aspartato
NOS – Óxido Nítrico Sintase
OMS - Organização Mundial de Saúde
PBL - Aprendizagem Baseada em Problemas
PDD - Doença de Parkinson com Demência
PDQ-39 - Parkinson's Disease Questionnaire – 39
PDQL - Parkinson's Disease Quality of Life
PIMS - Parkinson's Impact Scale
PINK 1 - PTEN induced putative kinase 1
PLQ - Parkinson Lebens Qualitat
PM – Polimedicado
RAM – Reação adversa a medicamentos
PRM - Problemas Relacionados a Medicamentos
PW - Pharmaceutical work-up
QSSF - Questionário de Satisfação dos Serviços Farmacêuticos
QV - Qualidade de Vida
RF – Revisão da Farmacoterapia
RNM – Resultado Negativo Associado à Medicação
SFT - Seguimento Farmacoterapêutico
SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis
SNC – Sistema Nervoso Central
SUS - Sistema Único de Saúde
TCE - Trabalho de Conclusão de Estágio
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UCHL1 – ubiquitin carboxyl-terminal esterase L1
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	27
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
2.1 DOENÇA DE PARKINSON	31
2.1.1 EPIDEMIOLOGIA	31
2.1.2 ETIOLOGIA	32
2.1.3 FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA DE PARKINSON.....	35
2.1.4 SINTOMATOLOGIA	38
2.1.4.1 Fase Prodrômica.....	38
2.1.4.2 Fase Síndrômica	39
2.1.5 TERAPIA FARMACOLÓGICA	41
2.1.5.1 Levodopa	42
2.1.5.2 Agonistas dopaminérgicos	44
2.1.5.3 Inibidores da MAO-B.....	45
2.1.5.4 Inibidores da COMT	46
2.1.5.5 Antagonistas colinérgicos.....	46
2.1.5.6 Amantadina	47
2.1.5.7 Medicamentos disponibilizados no serviço público de saúde ..	48
2.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	51
2.2.1 SERVIÇO FARMACÊUTICO CLÍNICO	54
2.2.1.1 Seguimento Farmacoterapêutico	57
2.2.1.1.1 <i>Problemas Relacionados aos Medicamentos PRM</i>	59
2.2.1.1.2 <i>Genograma e ecomapa</i>	61
3. PERFIL FARMACOEPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON ATENDIDOS NO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE ..	65
3.1 RESUMO	65
3.2 ABSTRACT	66
3.3 INTRODUÇÃO	67
3.4 PACIENTES E MÉTODOS.....	69
3.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
3.5.1 Perfil demográfico.....	73
3.5.2 Perfil clínico	76
3.5.3 PERFIL MEDICAMENTOSO	81
3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89

4. SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON	91
4.1 RESUMO	91
4.2 INTRODUÇÃO	93
4.3 PACIENTES E MÉTODOS	96
4.3.1 Desenho do estudo	96
4.3.2 Âmbito do estudo	96
4.3.3 Seleção da amostra	96
4.3.4 Método de Seguimento Farmacoterapêutico	96
4.3.5 Principais desfechos analisados	97
4.3.6 Intervenção farmacêutica	98
4.3.7 Análise Estatística	101
4.3.8 Aspectos éticos	101
4.4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	101
4.4.1 INTERVENÇÕES	104
4.4.2 DESFECHOS PRIMÁRIO E SECUNDÁRIOS	116
4.4.2.1 QUALIDADE DE VIDA	118
4.4.2.2. SINTOMAS MOTORES	120
4.4.2.3 PROBLEMAS RELACIONADOS À MEDICAMENTOS (PRM)	122
4.4.2.4 ADESÃO	125
4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
5 AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO RELACIONADO AO SERVIÇO FARMACÊUTICO POR CUIDADORES E PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON	133
5.1 RESUMO	133
5.2 INTRODUÇÃO	134
5.3 PACIENTES E MÉTODOS	135
5.3.1 Desenho do estudo	235
5.3.2 Âmbito da pesquisa	136
5.3.3 Questionário de Satisfação de Serviços Farmacêuticos	136
5.3.3.1 Seleção da amostra	136
5.3.3.2 Coleta de dados	136
5.3.4 Grupo focal	137
5.3.4.1 Seleção dos participantes	138
5.3.4.2 Organização e desenvolvimento	139
5.3.5 Análise estatística	139
5.3.6 Aspectos éticos	140
5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	140
5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	150

6 PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO FARMACÊUTICO CLÍNICO EM UMA FARMÁCIA ESCOLA	151
6.1 RESUMO	151
6.2 INTRODUÇÃO	152
6.3 METODOLOGIA	153
6.3.1 Tipo de estudo	153
6.3.2 Realidade estudada: estrutura atual da Farmácia Escola UFSC/PMF.....	154
6.3.3 Amostra	155
6.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	155
6.4.1 ASPECTOS OPERACIONAIS E DE ESTRUTURA	156
6.4.1.1 Preparação da equipe para o Serviço Farmacêutico Clínico.....	156
6.4.1.2 Preparação do espaço físico	157
6.4.1.3 Organização da agenda.....	158
6.4.2 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL	160
6.4.2.1 Padronização de formulários para o Serviço Clínico	160
6.4.2.2 Formação de rede de cuidados	164
6.4.3 FLUXO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS CLÍNICOS	164
6.4.3.1 Identificação e avaliação de necessidade	164
6.4.3.2 Proposição de um fluxo para Serviço Farmacêutico Clínico.....	165
6.4.4 PROCEDIMENTO DIDÁTICO	167
6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
7. DISCUSSÃO FINAL	173
8 CONCLUSÕES FINAIS	177
9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	179
10 CONTRIBUIÇÕES	181
10.1 PARA A CIÊNCIA	181
10.2 PARA A SOCIEDADE	181
10.3 PARA A PROFISSÃO FARMACÊUTICA	182
11 REFERÊNCIAS	183
APÊNDICE 1	207

APÊNDICE 2	213
APÊNDICE 3	217
APÊNDICE 4	219
APÊNDICE 5	220
APÊNDICE 6	221
ANEXO 1	223
ANEXO 2	225
ANEXO 3	226
ANEXO 4	227

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa que se caracteriza pela morte de neurônios dopaminérgicos na substância negra. As manifestações clínicas da DP incluem tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e anormalidades posturais. A natureza progressiva da DP e suas manifestações clínicas (motoras e não motoras), associadas a efeitos colaterais precoces e tardios da intervenção terapêutica, tornam o tratamento da doença bastante complexo. Com o tempo, a sintomatologia parkinsoniana piora e a necessidade de medicamentos sintomáticos aumenta.

A DP usualmente acarreta incapacidade severa após 10 à 15 anos, trazendo um impacto social e financeiro elevado, particularmente na população mais idosa. É estimado que o custo anual mundial com medicamentos antiparkinsonianos esteja em torno de 11 bilhões de dólares, sendo cerca de 3 a 4 vezes mais caro para os pacientes na fase avançada da doença¹.

O Ministério da Saúde, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), fornece os seguintes medicamentos para a DP: levodopa/carbidopa, levodopa/benserazida, pramipexol, selegilina, amantadina, tolcapona e entacapona. O acesso a medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi ampliado e qualificado nos últimos anos, principalmente após a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Contudo, a população tem se defrontado com problemas que transcendem o acesso a medicamentos: dificuldades na adesão ao tratamento, a falta de efetividade e segurança da farmacoterapia, múltiplos médicos envolvidos no seu cuidado, os quais não possuem um canal de comunicação, falta de informação relacionada à doença e ao tratamento medicamentoso e

propagandas de medicamentos que impulsionam o seu uso indiscriminado.

Evidencia-se que tanto o medicamento não pode ser o foco central dos serviços farmacêuticos, quanto às questões logísticas serem a única atividade fim da Assistência Farmacêutica. No Brasil ainda predomina o acesso a medicamentos enquanto disponibilidade do produto, em detrimento da provisão de um serviço centrado no cuidado. O serviço farmacêutico clínico, como parte integrante da Assistência Farmacêutica, precisa ser estruturado nas farmácias, de modo que atenda o paciente de maneira individualizada, de acordo com as suas necessidades em saúde e que seja compatível com o nível de complexidade da demanda do paciente. Também a formação dos profissionais farmacêuticos precisa estar adequada a esta demanda. A estruturação de uma Farmácia Escola que proporcione o treinamento de estudantes na realização de serviços farmacêuticos clínicos pode ser uma grande contribuição neste sentido. Os principais serviços farmacêuticos clínicos a serem estruturados numa Farmácia Escola são a dispensação, a Revisão da Farmacoterapia (RF) e o Seguimento Farmacoterapêutico (SFT).

A Universidade Federal de Santa Catarina possui uma Farmácia Escola, vinculada ao Departamento de Ciências Farmacêuticas e conveniada com a Prefeitura Municipal de Florianópolis para disponibilizar medicamentos fornecidos pelo SUS. A Farmácia Escola UFSC/PMF atende os moradores de Florianópolis cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Na Farmácia Escola UFSC/PMF são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa e extensão, tanto na graduação, quanto na pós-graduação.

Neste contexto, foi realizado SFT para indivíduos com DP visando à obtenção de dados do seu perfil sociodemográfico e terapêutico, adesão, qualidade de vida, grau de satisfação com o

serviço, entre outros, para a identificação dos elementos necessários para qualificar o serviço farmacêutico clínico na Farmácia Escola, envolvendo aspectos gerenciais, humanísticos e clínicos.

Os objetivos específicos deste estudo foram: (1) traçar o perfil farmacoepidemiológico dos pacientes atendidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que possuem diagnóstico de Doença de Parkinson; (2) descrever o cuidado ao paciente com Doença de Parkinson sob a lógica da integralidade da atenção e quais as principais intervenções e contribuições do farmacêutico na melhora/manutenção da qualidade de vida desses pacientes; (3) analisar o grau de satisfação dos usuários e relatar suas percepções sobre os serviços clínicos e gerais prestado na Farmácia Escola e, (4) propor a estruturação de um serviço farmacêutico clínico na Farmácia Escola, a partir dos resultados obtidos no SFT.

Foram levantadas quatro questões de investigação:

1. Qual é o perfil farmacoepidemiológico dos pacientes com DP atendidos no componente especializado da assistência farmacêutica em Florianópolis?
2. Quais as principais intervenções feitas durante o SFT ao paciente com DP e os efeitos destas na redução de problemas relacionados aos medicamentos (PRM), na adesão, nos sintomas motores e na qualidade de vida?
3. Qual o grau de satisfação e quais as percepções do paciente/cuidador em relação ao serviço farmacêutico clínico?
4. Como poderia ser estruturado o serviço farmacêutico clínico em uma Farmácia Escola?

Para responder a essas perguntas foram desenhados quatro protocolos de trabalho, apresentados em capítulos distintos. Como base para a discussão, a revisão bibliográfica e a fundamentação teórica são apresentados no capítulo inicial. Desta forma, a presente dissertação foi estruturada nos seguintes capítulos:

Capítulo 2 - Fundamentação teórica: generalidades da Doença de Parkinson (etiologia, fisiopatologia, sintomatologia e tratamentos); serviço farmacêutico clínico e sua contextualização no Brasil; conceitos e metodologias de Seguimento Farmacoterapêutico.

Capítulo 3 – Descrição do perfil demográfico, clínico e medicamentoso de indivíduos com Doença de Parkinson atendidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em Florianópolis.

Capítulo 4 - Seguimento Farmacoterapêutico em indivíduos com Doença de Parkinson.

Capítulo 5 - Avaliação do grau de satisfação de cuidadores e pacientes com Doença de Parkinson sobre o serviço farmacêutico clínico.

Capítulo 6 - Proposta de estruturação do serviço farmacêutico clínico em uma Farmácia Escola.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DOENÇA DE PARKINSON

2.1.1 Epidemiologia

A doença de Parkinson (DP) foi descrita pela primeira vez em 1817 por James Parkinson como paralisia agitante (*shaking palsy*)². Jean Martin Charcot, após 60 anos, sugeriu a mudança do nome de paralisia agitante para Doença de Parkinson e definiu os 4 sinais cardinais da doença: tremor, lentidão do movimento (bradicinesia), rigidez e dificuldade de equilíbrio³.

Trata-se da segunda doença neurodegenerativa mais comum, depois do Alzheimer^{4,5}, com prevalência estimada entre 0 à 3% na população geral e 1% nas pessoas acima de 60 anos. A incidência estimada é de 8 – 18/100.000/ano (valor que varia bastante entre os estudos). Raramente acomete indivíduos com menos de 50 anos⁶ e parece haver um pico de incidência entre os 70 e 79 anos, apesar de que em alguns estudos a incidência permanece aumentando até os 80 anos⁷. A incidência é maior em brancos, seguidos de asiáticos e negros^{6,8}. A maior prevalência da DP no sexo masculino é demonstrada em vários estudos, os quais a justificam devido ao efeito protetor dos estrógenos nas mulheres e maior exposição dos homens a fatores de risco como pesticidas, herbicidas e metais pesados, porém esse dado não é consensual^{6,7,8,9}. Fatores ambientais como exposição a pesticidas, herbicidas, toxinas e chumbo parecem aumentar o risco de desenvolver DP^{5,6}. Apesar das limitações metodológicas de alguns estudos, há uma consistência nos achados que demonstram associação entre exposição a pesticida e aumento do risco de DP, sendo que alguns associam este apenas a indivíduos que

trabalham no plantio por mais de 10 anos^{6,10}. Segundo De Lau e colaboradores (2006), estudos que associam a exposição a metais pesados e o aumento do risco de DP são inconclusivos.

Outros fatores ambientais apresentam-se como fatores de proteção para DP, sendo eles: tabagismo, café, ácido úrico elevado (principalmente em homens) e reposição hormonal com estrógenos (para mulheres)^{5,6,10}. Alguns estudos tem sugerido haver associação entre ácidos graxos insaturados e a redução do risco de DP devido a suas propriedades neuroprotetoras e antiinflamatórias⁶.

Uma coorte realizada por Posada e colaboradores (2011) verificou que apesar das causas de morte entre a população em geral e a acometida pela DP serem as mesmas, o risco de mortalidade é maior nas pessoas com DP, sendo este aumentado quando a DP está associada à demência¹¹. Em outra coorte foi verificada uma taxa de mortalidade, no período de 20 anos, de 74%, sendo que o tempo médio do início da doença até a morte foi de 12,4 anos e ocorreu geralmente no estágio 5 da escala de Hoehn e Yahr, sendo a pneumonia a principal causa da morte (25%)¹².

2.1.2 Etiologia

A DP é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: (1) Primária ou idiopática: trata-se da DP propriamente dita e o Parkinsonismo Juvenil, que possui causa desconhecida ou indefinida e; (2) Secundária ou adquirida: parkinsonismo causado por infecções (pós encefalítico), induzido pelo uso de medicamentos (neurolépticos), por exposição a toxinas (metanol, mercúrio), causas vasculares (pós-multinfartos e choque hipotensivo), por traumatismos ou encefalopatia do pugilista e, ainda, aqueles causados por doenças como hipotireoidismo, tumor cerebral, hidrocefalia de pressão normal, entre outros¹³.

O principal fator de risco para desenvolvimento da DP é a idade¹⁴, sendo que fatores ambientais (como visto anteriormente) e genéticos também parecem estar envolvidos na gênese dessa doença. Trata-se de uma doença complexa e provavelmente multifuncional, na qual entre os processos patológicos envolvidos estão à disfunção mitocondrial, estresse oxidativo, inflamação e excitotoxicidade⁵.

Entre 10 a 15% dos casos apresenta um histórico familiar positivo entre os parentes de primeiro grau e 6 genes foram identificados como envolvidos no processo^{6,10} (Quadro 1).

Quadro 1 - Genes envolvidos na Doença de Parkinson¹⁵

LOCUS	GENE	HERANÇA	FENÓTIPO
Park 1	α sinucleína	AD	<ul style="list-style-type: none"> • DP típica; • Início precoce (55 anos); • Progressão rápida; • Distúrbios psiquiátricos (demência) e autonômicos; • Perda de neurônios dopaminérgicos na substância negra; • Presença de Corpos de Lewy; • Baixa resposta a L-DOPA.
Park 2	Parkina	AR	<ul style="list-style-type: none"> • Início precoce (maioria antes dos 40 anos); • Diferentes etnias; • Progressão lenta; • Discinesias por L-DOPA ocorrem mais cedo; • Seletividade para substância negra: perda neuronal e gliose; • Locus ceruleus menos envolvido, raramente com presença de corpos de Lewy.
Park 5	UCHL1	AD	<ul style="list-style-type: none"> • Incerteza sobre o papel na DP.
Park 6	PINK1	AR	<ul style="list-style-type: none"> • Início precoce (32-48 anos); • Progressão lenta; • Distúrbios psiquiátricos (ansiedade e depressão); • Responsivo a L-DOPA.
Park 7	DJ-1	AR	<ul style="list-style-type: none"> • Raro; • Início precoce; • Boa resposta a L-DOPA.
Park 8	LRRK2	AD	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de neurônios da substância negra; • Presença de Corpos de Lewy; • Demência não é comum.

*AD: Autossômica dominante; AR: Autossômica recessiva; L-DOPA: levodopa

A susceptibilidade genética desempenha também um papel importante na etiologia da DP esporádica, ou seja, genes que tem ou não associação com a DP podem estar envolvidos com ela por meio de diversos mecanismos: no metabolismo de xenobióticos (CYP2D6,

NAT2, GSTs), na neurodegeneração, por meio de diferentes mecanismos (MAO-B, NOS), no funcionamento dos neurônios dopaminérgicos (transportadores e receptores de dopamina), entre outros¹⁰.

2.1.3 Fisiopatologia da Doença de Parkinson

A fisiopatologia da DP ainda hoje não se encontra totalmente estabelecida, porém sabe-se que a α -sinucleína desempenha um importante papel¹⁶.

A DP é causada predominantemente, mas não exclusivamente, por uma morte progressiva de neurônios dopaminérgicos, localizados no núcleo do mesencéfalo denominado *substância negra*, que se projetam para o estriado e desempenham importante papel na função motora. Esse processo degenerativo gera uma deficiência de dopamina nas suas áreas de projeção na via nigroestriatal, bem como o desenvolvimento de Corpos de *Lewy* nos neurônios dopaminérgicos residuais^{17,18}. A perda desses neurônios, que geralmente são ricos em neuromelanina, produz a clássica despigmentação no Sistema Nervoso Central (SNC)¹⁹. Entretanto, os sintomas motores só se tornam evidentes após a destruição de 50 a 60% dos neurônios da região nigroestriatal e cerca de 80 a 85% da dopamina do corpo estriado esteja depletada²⁰.

Os neurônios dopaminérgicos da parte compacta da substância negra liberam dopamina nos terminais sinápticos do estriado que atuam sobre duas vias, que ligam estriado, globo pálido e tálamo, a *direta* e a *indireta*. Na via direta, a dopamina liberada vai atuar principalmente sobre os receptores dopaminérgicos do tipo D1 (excitatório), estimulando neurônios que liberam GABA e substância P. Na via indireta, a dopamina liberada vai atuar principalmente nos receptores dopaminérgicos do tipo D₂ (inibitório), inibindo neurônios

que liberam GABA e encefalinas no globo pálido externo. Dessa forma, a ação da dopamina no estriado tende a estimular a via direta e inibir a via indireta, o que é responsável pela facilitação da ocorrência dos movimentos²¹.

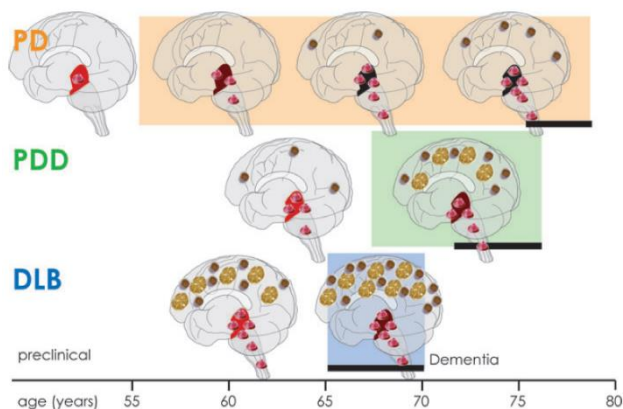
A redução da atividade estriatal, causada pela depleção de dopamina na DP, gera uma redução da inibição do *Globus pallidus*, causando um aumento dos seus disparos inibitórios sobre os neurônios talâmicos, que, por sua vez, não excitam os neurônios do córtex motor, estrutura diretamente envolvida com o controle dos movimentos voluntários. Como resultado deste processo há o aparecimento da hipocinesea^a, sintoma característico da doença^{22,23}.

A progressão e piora dos sintomas da DP estão correlacionadas à difusão da α -sinucleína para diversas áreas do SNC. Assim, em 2003, Braak e colaboradores propuseram o estadiamento da DP em seis estágios para explicar a relação da distribuição da α -sinucleína com o início e severidade dos sinais e sintomas clínicos da progressão da DP: nos estágios I e II ocorre o aparecimento dos Corpos de Lewy (α -sinucleína localizada no citoplasma) e neuritos de Lewy (α -sinucleína localizada nos processos neuronais) na região olfatória e no tronco cerebral inferior (núcleo motor dorsal do nervo vago e no locus ceruleus); nos estágios III e IV, os depósitos de α -sinucleína se estendem para o mesencéfalo, particularmente para a substância negra e amígdala; nos estágios V e VI, ocorre a deposição de α -sinucleína nas áreas corticais altas e posteriormente ocorre uma progressão para todo o córtex. Assim, sintomas como disfunção olfatória e autonômica e, distúrbios do sono REM ocorrem anteriormente ao aparecimento dos sintomas motores clássicos (estágios I e II), sendo que apenas no estágio IV há perda neuronal na substância negra e, como consequência, surgem os sintomas clássicos da DP. As fases finais, por sua vez, são correlacionadas com o declive cognitivo^{2,16}.

^a Movimentos diminuídos ou lentos da musculatura.

O modelo de Braak apresenta uma “inconsistência”, uma vez que os indivíduos que manifestam a DP não apresentam necessariamente um início uniforme e o mesmo padrão de progressão. Assim, Halliday e McCann (2010) propuseram a designação de três fenótipos para a DP: Doença de Parkinson idiopática (DP), Doença de Parkinson com Demência (PDD) e Demência com Corpúsculos de Lewy (DLB). Na Figura 1 encontram-se ilustrados os três fenótipos, os quais se diferenciam de acordo com o tempo e idade de início dos sintomas, padrão e progressão da neuropatologia cortical (demência)²⁴.

Figura 1- Representação esquemática da progressão da DP nos três fenótipos: PD, PDD e DLB



Fonte: Halliday e McCann (2010).

* Representação esquemática da progressão da patologia nos três principais tipos clínicos de PD: Doença de Parkinson idiopática (DP), Doença de Parkinson com Demência (PDD) e Demência com Corpos de Lewy (DLB). A perda de dopamina na substância negra está representada na região central no cérebro com uma variação de cor que vai do vermelho ao preto, quanto mais escura, maior a perda de dopamina ao longo do tempo. As bolinhas rosas e as marrons representam os corpos de Lewy no tronco cerebral e na região cortical, respectivamente. Os círculos maiores em marrom claro representam as placas corticais.

No primeiro, Doença de Parkinson idiopática (DP), o início dos sintomas ocorre em indivíduos com menos de 70 anos e a demência ocorre em um estágio avançado da doença (depois de 10 anos e, frequentemente, 15 anos após o início). No segundo, denominado Doença de Parkinson com Demência (PDD), a DP acomete indivíduos mais idosos (acima de 70 anos) e a demência ocorre relativamente cedo, após 3 a 10 anos do início da DP, sendo que em alguns casos coexiste Alzheimer, porém cumpre o critério de DP com demência. No terceiro, denominada Demência com Corpúsculos de Lewy (DLB), o indivíduo apresenta uma acinesia severa precoce, rigidez e síndrome de demência dominante com severo acúmulo de corpúsculos de Lewy no córtex, frequentemente com coexistência de Alzheimer²⁴.

Atualmente está sendo discutido o modelo de transmissão transináptica, no qual a α -sinucleína é secretada pelos neurônios dopaminérgicos e sinaliza a morte celular para os neurônios vizinhos¹⁸.

2.1.4 Sintomatologia

Os sintomas da DP variam de acordo com a fase (progressão) da doença.

2.1.4.1 Fase Prodrômica

O estágio inicial da DP é chamado fase prodrômica, é o período no qual a neurodegeneração já se iniciou, porém não há aparecimento de sintomas motores clássicos, sendo esta fase caracterizada por sintomas não motores: distúrbio no olfato, distúrbio do sono REM, disfunção autonômica (principalmente constipação), mudanças visuais, distúrbio do humor e perda cognitiva^{25,26}. De

acordo com a teoria de Braak (2003) o processo patológico não se inicia na região negra, o que explica o aparecimento tardio dos sintomas motores². Essa fase pode durar mais que 10 anos²⁷.

2.1.4.2 Fase Sindrômica

Na fase sindrômica ocorre o aparecimento de sinais e sintomas motores, o “parkinsonismo” propriamente dito, que resultam principalmente da degeneração da via nigroestriatal. Os sintomas motores são caracterizados por tremor de repouso, acinesia ou bradicinesia, rigidez, alteração postural e de marcha. O tremor de repouso é o primeiro sintoma em 70% dos indivíduos com DP, sendo geralmente assimétrico no início da doença e ocorre com os membros relaxados e apoiados numa superfície, sendo mais comum no membro superior e em momentos de ansiedade. A acinesia ou bradicinesia é a diminuição progressiva da velocidade e/ou da amplitude do movimento, que pode culminar numa interrupção completa do movimento (*freezing*). Outras manifestações são a hipomímia (face inexpressiva ou imóvel), a hipofonese (voz com menor volume) e a micrografia (caligrafia menor, por vezes imperceptível). A rigidez é caracterizada pela sensação de resistência na movimentação passiva de um membro ao longo de todo o movimento, tanto na flexão como extensão. A instabilidade postural refere-se ao desenvolvimento gradual de falta de equilíbrio, levando a um aumento do risco de quedas. A marcha torna-se mais lenta, em passos pequenos, há redução do balanço dos membros superiores, as voltas são lentas e feitas às custas de múltiplos pequenos passos; durante a marcha pode ocorrer também o congelamento que é caracterizado pela dificuldade em iniciar a marcha (pés podem ficar “colados” ao chão). Anormalidades posturais e de marcha são raramente proeminentes no início do curso da DP^{5,28}.

Além dos sintomas motores clássicos, os sintomas não motores se apresentam tanto na fase prodrômica quanto no decorrer da doença. Os principais sintomas não motores são: distúrbios cognitivos, manifestações neuropsiquiátricas (psicose, desordens compulsivas e impulsivas, depressão, ansiedade, apatia), complicações autonômicas (hipotensão, sudorese, náusea, sialorréia, disfagia, hiposmia, constipação, gastroparesia, sintomas urinários, disfunção erétil) e distúrbios do sono (sonolência diurna excessiva, distúrbio do sono REM e insônia)²⁹.

Os sintomas não motores podem ser proeminentes de alterações patológicas do sistema nervoso, devido à complicação iatrogênica (reação adversa) ou estado “off” da medicação e/ou em decorrência do tratamento cirúrgico para controle dos sintomas motores²⁹.

As alterações patológicas (depósitos de corpúsculos de Lewy e disfunção neuronal) no sistema nervoso ocorrem inicialmente no núcleo motor dorsal do nervo vago e núcleo olfativo anterior e se estendem gradualmente para o córtex²⁷. Além dos sistemas dopaminérgicos central e periférico, também tem sido levantada a hipótese do envolvimento de neurônios autonômicos da medula espinal, coração, trato gastrointestinal e geniturinário, além de alterações nos sistemas de neurotransmissão noradrenérgico, serotoninérgico e colinérgico, para explicar a patogênese dos sintomas não motores³⁰.

Além dos sintomas não-motores decorrentes de alterações patológicas do sistema nervoso, alguns podem representar efeitos adversos da terapia medicamentosa antiparkinsoniana: os efeitos dos medicamentos na região mesolímbica podem levar a transtornos de controle de impulso (jogo patológico, compulsão alimentar e hipersexualidade); efeitos sobre o sistema autonômico podem causar hipotensão postural, constipação, náuseas e distúrbios urológicos e, em muitos indivíduos, fadiga, ansiedade, depressão e dor³⁰.

Em uma coorte realizada por Hely e colaboradores (2008), a qual acompanhou 136 pacientes com DP por um período de 20 anos, foi relatada a alta incidência dos sintomas não motores: demência esteve presente em 85% dos casos, 70% apresentavam sonolência diurna, 48% hipotensão postural, 71% incontinência urinária, 40% constipação requerendo uso diário de laxantes, 81% moderada disartria, 48% asfixia e 74% alucinação.

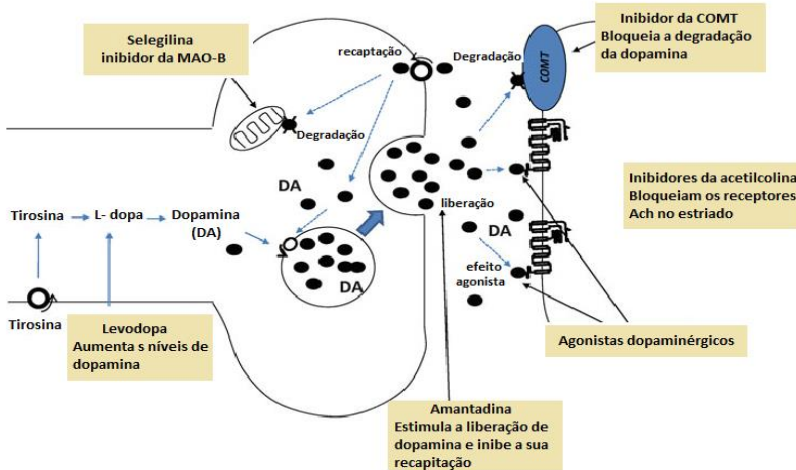
A importância, cada vez maior, que tem sido dada para os sintomas não motores, deve-se ao fato de que eles têm sido considerados fatores incapacitantes em todos os estágios da doença e os principais responsáveis, na maioria dos casos, pela piora da qualidade de vida dos indivíduos com DP²⁹.

2.1.5 Terapia Farmacológica

A natureza progressiva da DP e suas manifestações clínicas (motoras e não motoras), associadas a efeitos colaterais precoces e tardios da intervenção terapêutica, tornam o tratamento da doença complexo. Com o tempo, a sintomatologia parkinsoniana piora e a necessidade de medicamentos sintomáticos aumenta. Embora ainda não haja tratamento que controle a progressão da DP, um número crescente de terapias farmacológicas sintomáticas está disponível, bem como diversas formas de cirurgia e abordagens não farmacológicas³¹.

Atualmente existem seis grupos de fármacos disponíveis para o tratamento sintomático da DP: levodopa (combinada com benserazida ou carbidopa - inibidores da dopadescarboxilase), agonistas dopaminérgicos, inibidores da catecol-O-metiltransferase (COMT), inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), anticolinérgicos e inibidores da N-metil D-Aspartato (NMDA), cujos mecanismos de ação estão representados na Figura 2.

Figura 2 - Mecanismo de ação dos fármacos utilizados no tratamento dos sintomas da Doença de Parkinson



Fonte: Prediger et al (2013).

A escolha do medicamento mais adequado deverá levar em consideração fatores como estágio da doença, sintomatologia presente, ocorrência de efeitos colaterais, idade do paciente, outros medicamentos em uso e seu custo¹. Cabe destacar, que os Consensos Brasileiro, Canadense e Britânico não diferem em relação ao manejo farmacológico na Doença de Parkinson^{32, 33}.

2.1.5.1 Levodopa

O tratamento de primeira escolha para os sintomas motores da DP, na maioria dos casos, é levodopa (L-DOPA). Trata-se de um precursor de dopamina, que atravessa a barreira hematoencefálica, sendo captado pelos neurônios dopaminérgicos e, por ação da enzima dopa-descarboxilase é convertido em dopamina^{22,31}. Entretanto, a enzima dopa-descarboxilase também está presente periféricamente sendo necessário associar levodopa a um inibidor periférico da dopa-

descarboxilase (podendo ser carbidopa ou benserazida), o que reduz os efeitos colaterais periféricos como náuseas, vômitos e hipotensão postural. Essa associação é capaz de promover um aumento da síntese de dopamina nos neurônios sobreviventes da substância negra, porém, não altera o curso da doença ou a taxa de degeneração dos neurônios dopaminérgicos²³.

Apesar de levodopa ser o fármaco mais eficaz para o alívio sintomático da DP, após um período de uso, um número expressivo de pacientes começa a apresentar flutuações motoras e discinesias (movimentos involuntários). As flutuações motoras ocorrem em estágios mais avançados e devem-se ao fato de que logo que a DP é diagnosticada ainda existe uma reserva de neurônios dopaminérgicos (40-50%). Assim, no início do tratamento, quando levodopa entra no cérebro parte é convertida em dopamina dentro do neurônio e estocada em vesículas para ser utilizada posteriormente, enquanto a outra parte é convertida em dopamina e utilizada imediatamente no terminal. Com o passar do tempo, ocorre a morte dos neurônios dopaminérgicos e a maior parte de levodopa passa a ser convertida em dopamina e utilizada imediatamente, o que leva a uma redução da duração do efeito do fármaco (fenômeno *wearing off*). Esse fenômeno pode ser parcialmente controlado com o aumento da dose e/ou da frequência de administração de levodopa (com agravamento das discinesias) ou terapia complementar. Gradativamente, a duração dos efeitos benéficos de levodopa diminui e as flutuações motoras tornam-se mais abruptas em seu início e mais ao acaso em sua ocorrência, caracterizando o chamado fenômeno liga-desliga (*on-off*). Nessa situação, os pacientes oscilam rapidamente entre os estados “ligado” (onde apresentam efeitos benéficos, mas com discinesias) e “desligado” (onde não demonstram qualquer efeito benéfico do medicamento)^{21,31}.

Embora os mecanismos precisos da discinesia permaneçam indescritíveis, a estimulação pulsátil dos receptores da dopamina por

agentes de curta duração, como a levodopa, e o grau de desnervação parecem estar envolvidos nesse processo. Há três principais fatores de risco para o desenvolvimento da discinesia: idade jovem no início da doença, gravidade da doença e altas doses de levodopa. As discinesias podem ocorrer tanto no momento de máximo benefício clínico e pico de concentração de levodopa como no final do seu efeito³¹.

2.1.5.2 Agonistas dopaminérgicos

Os agonistas dopaminérgicos atuam por meio da estimulação direta dos receptores dopaminérgicos e estão divididos entre derivados do ergot (bromocriptina, lisurida, pergolida e cabergolina) e não ergolíticos (apomorfina, pramipexol, ropinirol)^{1,31,34}. Alguns agonistas dopaminérgicos derivados do ergot (cabergolina e pergolida) quando administrados a pacientes com DP têm sido associados a aumento do risco de regurgitação cardíaca valvar, sendo que pergolida foi retirado do mercado de muitos países pela tendência de induzir fibrose valvar. Dessa forma, o uso de não ergolíticos no tratamento com agonistas dopaminérgicos para DP é mais recomendado^{31,34}.

Os agonistas dopaminérgicos são fármacos de primeira escolha no tratamento sintomático em pacientes jovens devido ao seu menor risco de desenvolvimento de discinesias. Podem também ser usados em associação com levodopa para reduzir a dose necessária de levodopa isoladamente, para potencializar o efeito antiparkinsoniano e para superar alguns efeitos adversos do uso prolongado de levodopa (discinesias e flutuações motoras)¹.

Os agonistas dopaminérgicos possuem o perfil de reação adversa semelhante à levodopa, porém com maior incidência de alucinações e efeitos adversos comportamentais (hipersexualidade,

compulsão por compras, comidas e jogos de azar), devido a sua seletividade por receptores D2. Entretanto, por possuir uma ação mais prolongada, apresenta um risco menor de desenvolvimento de discinesias e flutuações motoras^{31,35}.

2.1.5.3 Inibidores da MAO-B

Atualmente estudos têm demonstrado que o estresse oxidativo está associado ao mecanismo patogênico da DP. Existem vários mecanismos possíveis, associados à geração de radicais livres na DP, sendo um deles o próprio metabolismo da dopamina. Os inibidores da MAO-B (rasagilina e selegilina) bloqueiam o primeiro passo do metabolismo da dopamina, por meio da inativação da MAO-B e, dessa forma, aumentam as concentrações de dopamina na fenda sináptica, além de reduzir a produção de radicais livres. Assim, devido ao mecanismo antioxidante, alguns estudos sugerem um efeito neuroprotetor dos inibidores da MAO-B, especialmente da rasagilina, porém esse efeito ainda é controverso^{31,34}.

Os inibidores da MAO-B são utilizados, em monoterapia, no controle sintomático da doença nos estágios iniciais, sendo que não há evidências de que previnam as complicações motoras da DP¹. Segundo Prediger e colaboradores (2013), os inibidores da MAO-B podem ser utilizados também em estágios mais avançados para reduzir as flutuações motoras e aumentar o estado ligado (*on*) dos pacientes.

Os inibidores da MAO-B possuem como metabólitos a anfetamina e metanfetamina que podem induzir insônia, ansiedade e outras reações adversas. Selegilina e rasagilina podem também aumentar o risco de crises hipertensivas quando associada a alimentos que contém tiramina (queijo fermentado e carne defumadas) e medicamentos que contém amina³¹.

2.1.5.4 Inibidores da COMT

Levodopa além de ser metabolizado no sistema periférico por ação da DOPA-descarboxilase, ainda é metabolizada no intestino e no fígado pela catecol-O-metiltransferase (COMT), sendo que seu metabólito, O-metildopa (3-OMD), se acumula e pode interferir na penetração de levodopa no cérebro. Inibidores da COMT reduzem o metabolismo de levodopa, aumentando seu tempo de meia vida e prolongando o seu efeito clínico, devendo ser sempre administrado juntamente a levodopa³¹. O seu uso atrasa o aparecimento de complicações motoras devido à estimulação dopaminérgica mais contínua^{1,35}. No entanto, alguns estudos além de não demonstrarem efeitos positivos do uso de inibidores da COMT verificaram que essa associação pode antecipar o aparecimento de discinesia, devido a sua ação potencializadora dos efeitos de levodopa³¹.

Os principais efeitos adversos estão relacionados com o aumento de dopamina e incluem náuseas, sonolência, hipotensão ortostática, confusão, alucinações e sonhos vívidos, que podem ser manejados com a redução da dose de levodopa. Além desses, a diarreia (mais comum com tolcapona), alteração na cor da urina, suor e saliva para tons alaranjados também podem acontecer. Tolcapona, diferente de entacapona, está associado com hepatotoxicidade, sendo necessário o monitoramento das enzimas hepáticas (aspartato transaminase e alanina transaminase, AST e ALT respectivamente)^{1,31,35}.

2.1.5.5 Antagonistas colinérgicos

Antagonistas colinérgicos, representados pelo triexifenidil e biperideno, também podem ser empregados no tratamento da DP, tendo em vista que os receptores muscarínicos no estriado inibem os

terminais nervosos dopaminérgicos e, dessa forma, a supressão da acetilcolina gera uma compensação de dopamina³⁶.

Os anticolinérgicos são utilizados como terapia inicial, especialmente nos casos em que o tremor é a manifestação predominante e em pacientes mais jovens e sem disfunção cognitiva³⁴.

As principais reações adversas incluem visão borrada, constipação intestinal, retenção urinária, boca seca, alucinações visuais, confusão mental e diminuição da memória imediata. Em pacientes idosos com mais de 70 anos de idade ou com alterações cognitivas proeminentes esses efeitos são mais comuns, devendo-se evitar seu uso¹.

Dessa forma, devido ao restrito benefício e o perfil de reações adversas, esses medicamentos estão em desuso para o tratamento da DP³⁴.

2.1.5.6 Amantadina

Seu mecanismo de ação ainda não está bem estabelecido, mas pode envolver a estimulação da liberação dos estoques de dopamina e, possivelmente, o bloqueio da recaptção de dopamina pelos terminais pré-sinápticos, além de ação anticolinérgica e antiglutamatérgica modestas^{36,37}.

Amantadina, introduzida inicialmente como antiviral, é possivelmente eficaz no controle sintomático da doença tanto em monoterapia quanto associada a anticolinérgicos ou levodopa, especialmente na fase inicial. É eficaz na redução das discinesias a curto prazo, porém não há dados suficientes para avaliação desse benefício a longo prazo^{1,34}.

Um dos efeitos adversos mais comuns são manchas avermelhadas na pele em torno dos joelhos (livedo reticular), que

geralmente aparece após algumas semanas de tratamento³⁷. Outras reações adversas são: alucinações, psicose, insônia e edema³⁴, além de reações anticolinérgicas como boca seca, retenção urinária, hipotensão ortostática, constipação e visão turva³⁷.

2.1.5.7 Medicamentos disponibilizados no serviço público de saúde

O acesso aos medicamentos para DP no serviço público de saúde ocorre por meio do CEAF e do CBAF, sendo que o programa Farmácia Popular não fornece medicamentos para esta doença.

O CBAF envolve um conjunto de ações desenvolvidas de forma articulada entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica^{38,39}.

Os medicamentos dispensados por meio desse componente para atender os indivíduos com DP são: levodopa + benserazida, levodopa + carbidopa e biperideno³⁸. Esses fármacos são considerados como a primeira linha de cuidado para o tratamento de DP⁴⁰, e são dispensados mediante apresentação da prescrição médica e Cartão Nacional do SUS, sendo que em Florianópolis a dispensação fica restrita às Farmácias de Referência de Florianópolis e a Farmácia Escola.

O CEAF *é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial*⁴⁰. Em virtude das características das doenças, dos medicamentos disponibilizados e da necessidade de promoção do uso racional, os medicamentos do CEAF devem ser dispensados conforme os critérios preconizados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes

Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde e de abrangência nacional^{40,41}.

Os medicamentos disponibilizados por meio desse componente para o tratamento da DP são: amantadina, bromocriptina, entacapona, pramipexol, selegilina e tolcapona^{1,40}. O financiamento para aquisição de todos os medicamentos para DP, os quais de acordo com a Portaria Nº 2981 de 26 de novembro de 2009 pertencem ao grupo 1B, ocorre mediante a transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde. O fornecimento desses medicamentos requer a abertura de um processo administrativo nos Centros de Custos^b, o qual em Florianópolis é a Farmácia Escola.

No Quadro 2 é apresentado um resumo dos medicamentos antiparkinsonianos fornecidos pelo SUS.

^b Os Centros de Custo são locais onde os usuários recebem informações sobre o funcionamento do Componente, onde é feita abertura dos processos para solicitação de medicamentos, organização, conferência e encaminhamento dos documentos ao Órgão responsável.

Quadro 2 - Resumo dos medicamentos antiparkinsonianos mais utilizados no tratamento para Doença de Parkinson

Medicamento	Mecanismo de ação	Indicação	Principais Reações Adversas	Acesso
Levodopa	Precursor de dopamina	Primeira escolha para os sintomas motores da DP, na maioria dos casos.	Efeito a curto prazo (periféricos): náuseas, vômitos e hipotensão postural. Efeito a longo prazo: flutuações motoras (<i>wearing off</i> e <i>on-off</i>) e discinesias.	CEAB
Pramipexol	Agonista dopaminérgico	Primeira escolha em pacientes jovens e utilizado em associação com levodopa para reduzir a sua dose (potencializar o efeito e reduzir RAMs do seu uso prolongado).	Perfil semelhante ao levodopa, porém menor incidência de discinesias e flutuações motoras e maior de alucinações e efeitos adversos comportamentais.	CEAF
Selegilina	Inibidores da MAO-B	Em monoterapia é utilizados nos estágios iniciais e nos estágios mais avançados para reduzir as flutuações motoras e aumentar o estado ligado (<i>on</i>).	Insônia, ansiedade, aumento do risco de crises hipertensivas quando associada a alimentos que contém tiramina (queijo fermentado e carne defumadas) e medicamentos que contêm amina.	CEAF
Entacapona	Inibidores da COMT	Estudos controversos, alguns não verificaram efeitos positivos do seu uso além de antecipar as discinesias e outros que seu uso atrasa o aparecimento de complicações motoras.	Náuseas, sonolência, hipotensão ortostática, confusão, alucinações e sonhos vívidos, diarreia, alteração na cor da urina, suor e saliva para tons alaranjados.	CEAF
Amantadina	Ainda não está bem estabelecido	Eficaz em monoterapia e em associação a anticolinérgicos ou levodopa, especialmente na fase inicial. É eficaz na redução das discinesias a curto prazo, porém não há dados suficientes a longo prazo.	Manchas avermelhadas na pele em torno dos joelhos (livedo reticular), alucinações, psicose, insônia e edema, e reações anticolinérgicas: boca seca, retenção urinária, hipotensão ortostática, constipação e visão turva.	CEAF
Biperideno	Antagonistas colinérgicos	Terapia inicial, especialmente nos casos em que o tremor é a manifestação predominante e em pacientes mais jovens e sem disfunção cognitiva.	Visão borrada, constipação intestinal, retenção urinária, boca seca, alucinações visuais, confusão mental e redução da memória imediata.	CEAB

2.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1988, a Constituição Brasileira, reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu as bases para a criação do SUS no Brasil, como consequência do movimento pela reforma sanitária^{42,43}. Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080⁴⁴ definiu-se os princípios doutrinários do SUS - universalidade, integralidade, equidade - e, com a Lei 8.142⁴⁵ instituiu-se a forma de transferência dos recursos financeiros e participação social na organização do SUS. Posteriormente, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implementada como um dos componentes reestruturantes da Atenção Primária a Saúde (APS). A APS deve estar conectada com toda a rede de atenção à saúde, e deve ser orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, equidade, trabalho em equipe, responsabilização pelo cuidado, acolhimento e vínculo, e um modelo de atenção integral, humanizado e resolutivo com foco que transcenda a cura, atuando primordialmente na prevenção e promoção da saúde^{46,47}.

Na área farmacêutica, a Lei Orgânica da Saúde de 1990, estabeleceu entre as ações do SUS, a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica⁴⁴. Contudo, somente em 1998 foi estabelecida a Política Nacional de Medicamentos⁴⁸ e em 2004 a Política Nacional da Assistência Farmacêutica⁴⁹. Estes marcos legais possibilitaram avanços regulatórios nos últimos anos, no que se refere à acessibilidade aos medicamentos.

A realização da oficina que resultou na Proposta de Consenso Brasileiro em Atenção Farmacêutica⁵⁰ em 2002, possibilitou avanços na direção da Atenção Farmacêutica (AtenFar). Em 2008, a proposição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a qual inclui o farmacêutico como parte da equipe⁵¹

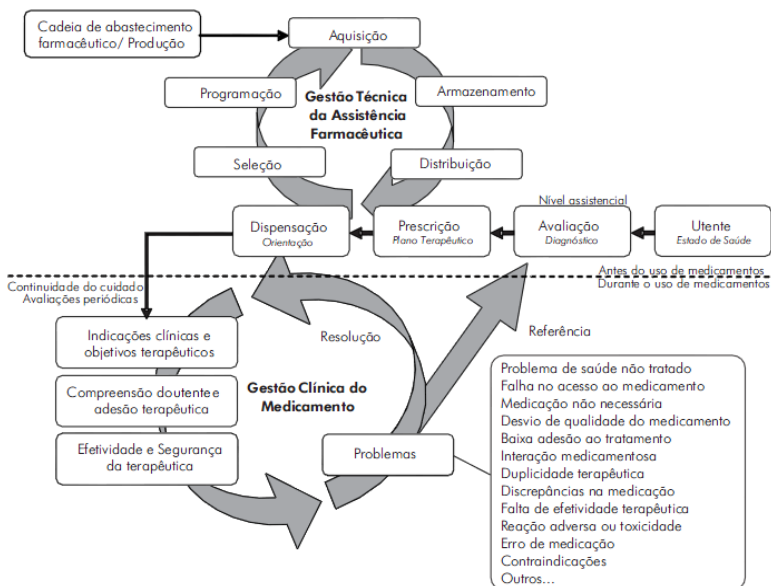
representa um avanço importante na área dos serviços farmacêuticos clínicos, uma vez que legitima o farmacêutico como um profissional de saúde responsável pelo cuidado.

Não obstante, ainda que a garantia do medicamento vise um resultado em saúde para o paciente, o foco central permanece no acesso ao produto enquanto a disponibilidade de um bem de consumo, em detrimento da provisão de um serviço prestado ao paciente^{52,53,54}. Essa desarticulação do serviço farmacêutico com os serviços de saúde levou à proposição da Assistência Farmacêutica como sistema de apoio aos serviços de saúde no modelo das redes de Atenção à Saúde⁵⁵.

Segundo Moullin e colaboradores (2013), não há uma definição universalmente aceita na literatura sobre prática farmacêutica que englobe todo o escopo de atividades, serviços e programas fornecidos em uma farmácia comunitária⁵⁶. Contudo, percebe-se que existem duas atividades fins dos serviços farmacêuticos, as quais estão interligadas: a relacionada a questões logísticas de acesso ao medicamento e a direcionada ao cuidado ao paciente. Ambas devem ter como foco central o paciente, contudo as relações criadas com este são diferentes: a primeira é uma relação indireta, geralmente intermediada por um profissional de saúde, seja ele farmacêutico ou não, e a segunda requer o contato direto do farmacêutico com o paciente e a criação de uma relação terapêutica.

Assim, segundo Correr, Otuki e Soler (2011), a Assistência Farmacêutica como política estruturante do serviço farmacêutico dentro do SUS, pode ser compreendida como o somatório entre a gestão técnica e a gestão clínica do medicamento (Figura 3)⁵⁷.

Figura 3 - Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado



Fonte: Correr, Otuki e Soler (2011).

Segundo os autores, a gestão técnica da Assistência Farmacêutica possui como foco central a questão logística do medicamento, sendo representada pelo tradicional ciclo da Assistência Farmacêutica que se caracteriza como um conjunto de atividades interdependentes e focadas na qualidade e no acesso de medicamentos, através da produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos. A gestão clínica do medicamento configura-se como uma atividade cognitiva fundamentada no cuidado, com foco no paciente e no alcance de resultados terapêuticos positivos⁵⁷.

Recentemente, um grande avanço para a área foi a regulamentação das atribuições clínicas do farmacêutico pela Resolução 585/13, pelo Conselho Federal de Farmácia⁵⁸ e o

reconhecimento desta área como especialidade farmacêutica, conforme Resolução CFF Nº 572/13⁵⁹.

As políticas têm avançado na proposição dos serviços farmacêuticos clínicos no Brasil nesses últimos anos, porém alguns obstáculos podem ainda estar dificultando a sua concretização no SUS. Alguns autores apontam^{54,60,61} como dificultadores para garantir/estruturar o serviço farmacêutico clínico a falta de organização na prática do sistema de saúde; dificuldade, ainda, em garantir o acesso contínuo de medicamentos à população; falta de reconhecimento e integração do farmacêutico na equipe de saúde e da conscientização do próprio profissional sobre a sua responsabilidade no processo de cuidado; poucos farmacêuticos com perfil para trabalhar nessa área, o que se espera ser superado com a reformulação da matriz curricular dos cursos de graduação; e a falta de indicadores que demonstrem a efetividade desse serviço.

Correr, Otuki e Soler (2011) apresentaram um modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado, discutido anteriormente, e Soares e colaboradores (2013) propuseram um modelo de serviço de dispensação, o qual deve incluir pressupostos da clínica, contudo, não foram encontrados estudos na literatura sobre modelos práticos de serviços farmacêuticos clínicos que transcendam os pressupostos teóricos.

2.2.1 Serviço Farmacêutico Clínico

Historicamente, a profissão farmacêutica passou por importantes transições com relação ao seu foco de atuação em detrimento do momento sócio-político-econômico ao qual se encontrava inserido. O serviço farmacêutico, até o início do século XX, caracterizava-se pela figura do boticário, que desenvolvia o seu trabalho sob a lógica do cuidado, o qual configurava-se na escuta,

compreensão das necessidades do paciente, aconselhamento e, se necessário, elaboração e dispensação de algum medicamento. Com a industrialização, em especial no setor farmacêutico, a atuação do farmacêutico passa a estar atrelada apenas à disponibilização de medicamentos, de forma desvinculada de uma prática profissional, em um período em que ocorria a descaracterização do farmacêutico como profissional da saúde, paralelamente à valorização do medicamento⁶².

Na década de 60, nos Estados Unidos, surgiu, essencialmente no meio hospitalar, o conceito de Farmácia Clínica, o qual possuía o enfoque no medicamento e na terapia individual, com a prática farmacêutica dirigida à equipe de saúde. Isso gerou uma reflexão crítica, por parte de alguns farmacêuticos, de que o foco do serviço farmacêutico deveria ser o cuidado por meio da interação direta do farmacêutico com o paciente⁶³.

Assim, em 1990, Hepler e Strand popularizaram na literatura científica o termo “Pharmaceutical Care”, que foi traduzido em nosso país para Atenção Farmacêutica, a qual refere-se a “provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente”⁶⁴. O termo AtenFar procura estabelecer um paralelo com a “atenção médica” e os “cuidados de enfermagem”⁶⁵. A AtenFar surge da farmácia clínica e adquire seu papel primordial a partir do compromisso assumido pelo farmacêutico com o processo de cuidado e no seu relacionamento com o paciente⁶⁶.

A AtenFar preconiza um método centrado no paciente e busca atender a um problema social, a morbimortalidade relacionada a medicamentos. Tem como núcleo central o cuidado com e para o outro por meio do desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica, na qual o farmacêutico se responsabiliza pelo tratamento medicamentoso, garantindo que a farmacoterapia em uso seja a mais efetiva, segura e conveniente. Este processo envolve a identificação,

resolução e prevenção de problemas advindos da farmacoterapia que podem vir a interferir no alcance dos propósitos terapêuticos e, como consequência, na obtenção de resultados clínicos satisfatórios⁵⁴.

No Brasil, segundo a Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002), que até o momento não foi revista, a AtenFar é definida como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica, que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades do farmacêutico na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Trata-se de uma filosofia de prática que deve ser totalmente incorporada pelo profissional antes que inicie o processo de cuidado ao paciente⁶⁷, ou seja, é transversal durante todo o serviço farmacêutico clínico.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define Serviços Farmacêuticos como um *“conjunto de ações em um sistema de saúde que busca a garantia da atenção integral, integrada e contínua nas necessidades e problemas de saúde da população tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como um elemento essencial, contribuindo para seu acesso equitativo e racional. Estas ações desenvolvidas pelo farmacêutico ou sob sua coordenação, incorporado a uma equipe de saúde e com a participação comunitária, tem como objetivo a obtenção de resultados concretos em saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida da população”*. Esse serviço pode ser hierarquizado de acordo com as necessidades do paciente, sendo que para alguns, uma dispensação de medicamentos pode ser suficiente enquanto para outros, o seguimento farmacoterapêutico e ações de educação em saúde complementares podem ser necessárias, além da automedicação responsável quando esta é solicitada pelo paciente⁶³.

2.2.1.1 Seguimento Farmacoterapêutico

O Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) é o mais complexo dos serviços farmacêuticos clínicos, no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas ao medicamento, sendo este fornecido de forma contínua, sistematizada e documentada, em colaboração com o paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente^{50,68}.

Para otimizar o tratamento farmacológico, o farmacêutico precisa ser capaz de desenvolver um raciocínio clínico e criar um plano de intervenção e avaliação para responder adequadamente as necessidades do paciente em relação a sua medicação⁵⁴. Existem várias metodologias que auxiliam na tomada de decisão e a construção da história farmacoterapêutica do paciente, a saber: Método Dáder, Pharmacotherapy Work-up (PW), SOAP entre outros.

O Método Dáder, elaborado pelo grupo de investigação em Atenção Farmacêutica de Granada em 1999, é um método simples e claro que permite realizar SFT para todo e qualquer tipo de paciente em qualquer âmbito assistencial, sendo o mais comumente utilizado no Brasil. O procedimento de SFT proposto no Método Dáder consta das seguintes fases: oferta do serviço, primeira entrevista, estado de situação, fase de estudo, fase de avaliação, fase de intervenção, resultado da intervenção, novo estado de situação, entrevistas sucessivas. No desenvolvimento do método Dáder foram criados uma série de documentos para auxiliar o farmacêutico no registro de informações do paciente e das intervenções realizadas^{69,70}.

O Método PW, foi desenvolvido por Strand, Cipolle e Morley em 1998, e consiste na identificação das necessidades e problemas farmacoterapêuticos do paciente. As etapas do processo

de cuidado ocorrem de forma cíclica e o cuidado somente estará completo quando as três etapas forem cumpridas, a saber: (i) avaliação inicial, (ii) desenvolvimento de um plano de cuidado e (iii) avaliação de resultados⁷¹. Trata-se de um método desenvolvido para o âmbito comunitário, sendo que o processo de avaliação clínica requer do farmacêutico um raciocínio clínico mais apurado.

Segundo Bjorkma, Bernsten e Sanner (2008), os modelos Dáder e PW apresentam diferenças ideológicas de cuidado. No método PW o cuidado é baseado na abordagem centrada no paciente, o qual é protagonista do seu cuidado e, dessa forma, as metas terapêuticas consideram as suas preocupações, transcendendo os cuidados em saúde para uma visão biopsicossocial. Já o método Dáder possui uma compreensão biomédica do processo saúde-doença, no qual as metas terapêuticas não são pactuadas e o paciente participa de forma mais passiva do seu processo de cuidado. O foco está no alcance do resultado ideal de acordo com o melhor conhecimento científico disponível⁷².

Outro método utilizado é o SOAP, o qual é empregado amplamente em outras áreas da saúde. Trata-se de um registro clínico estruturado, baseado na identificação e resolução de problemas e apresenta-se dividido em quatro partes: dados subjetivos (S), dados objetivos (O), avaliação (A) e plano de cuidado (P). Os dados subjetivos referem-se às informações sobre os problemas de saúde trazidos pelo paciente, tais como queixas, sinais e sintomas, sentimentos, observações e crenças. Os dados objetivos são os que podem ser observados e/ou mensurados de maneira objetiva, como os parâmetros clínicos e laboratoriais. Na fase de avaliação é quando se identifica o problema e o seu grau de controle feito a partir da junção dos dados subjetivos e objetivos. Por fim, o plano sintetiza as ações de cuidado a serem executadas tanto pelo paciente quanto pelo profissional de saúde⁷³.

Além destes métodos de sistematização preconizados na literatura, outros instrumentos podem auxiliar no raciocínio clínico e na tomada de decisão, tais como a identificação e sistematização de problemas relacionados a medicamentos (PRM), Genograma e Ecomapa, os quais são descritos a seguir.

2.2.1.1.1 Problemas Relacionados aos Medicamentos PRM

Apesar dos avanços na área de AtenFar, atualmente ainda não há um consenso internacional para a classificação de PRM, além de existirem vários conceitos sobre o que são problemas relacionados à farmacoterapia.

Em 1990, Cipole, Strand e Morley propuseram um conceito e classificação de PRM com o intuito de desenvolver um raciocínio clínico sistematizado e adaptado para o farmacêutico, de modo a auxiliar no desenvolvimento de padrões de prática clínica. PRM foi então definido como sendo um sintoma ou doença experimentada pelo paciente, relacionado ou suspeito de estar relacionado ao uso de um medicamento, sendo dividido em oito categorias⁷⁴.

Em 1998, ocorreu o Primeiro Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), o qual propôs a classificação dos PRM segundo sua Necessidade, Efetividade e Segurança⁷⁵. Diferentemente de Granada, Cipolle, Strand e Morley (2004)⁶⁵ consideram a adesão um PRM em si e não a causa de PRM, e, dessa forma, identifica 7 PRM possíveis⁷⁵, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação de PRM

NECESSIDADE	PRM	CAUSAS
Indicação	1. Medicamento desnecessário	Ausência de indicação clínica ou duplicidade Uso recreacional Terapia não farmacológica mais apropriada Tratamento de reação adversa evitável
	2. Necessidade de medicamento adicional	Condição não tratada Terapia sinérgica ou preventiva
Efetividade	3. Medicamento inefetivo	Medicamento não indicado para a condição Presença de contra-indicação Medicamento mais efetivo disponível Condição refratária ao medicamento
	4. Dose baixa	Dose inefetiva Frequência ou duração inapropriada Administração ou armazenamento incorreto Interação medicamentosa
Segurança	5. Reação adversa	Reação alérgica ou efeito colateral Administração incorreta Interação medicamentosa
	6. Dose alta	Dose alta Frequência curta Duração muito longa Interação medicamentosa
Adesão	7. Não adesão	Falta de acesso Impossibilidade de administração Não compreensão das instruções Paciente prefere não tomar Paciente esquece de tomar

Fonte: Cipole, Strand e Morley (2004).

Em 2002, foi realizado o Segundo Consenso em Granada, no qual o PRM foi definido como um problema de saúde, entendido como um resultado clínico negativo, relacionado ou suspeito de estar associado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do paciente, devido ao não alcance dos objetivos terapêuticos desejáveis ou em decorrência de uma reação adversa^{50,54,75}.

Em 2007, o Terceiro Consenso de Granada trouxe o conceito de Resultados Negativos Associados aos Medicamentos (RNM), definidos como problemas de saúde ou alterações no estado geral de

saúde do paciente atribuíveis ao uso ou não de medicamentos. Nesse conceito o PRM passa a ser considerado como “causa” ou “possível causa” (derivado do processo do uso de medicamentos) de RNM. Sendo assim, a classificação dos seis PRM passa a ser a classificação de RNM e a nova lista de PRM inclui problemas de administração incorreta do medicamento, dose, frequência ou duração inadequada, contra-indicação, interações, duplicidade, erro de dispensação, erro de prescrição, conservação inadequada, características pessoais, não adesão à terapia, entre outros⁷⁶.

A Rede Europeia de Atenção farmacêutica (Pharmaceutical Care Network Europe - PCNE) define problemas relacionados aos medicamentos como “um evento ou circunstância envolvendo a farmacoterapia que real ou potencialmente interfere com os resultados de saúde desejados”. Essa classificação não separa os problemas de suas causas, sendo a classificação básica composta por quatro domínios principais para problemas, oito domínios principais para as causas e cinco domínios principais para as intervenções⁷⁷.

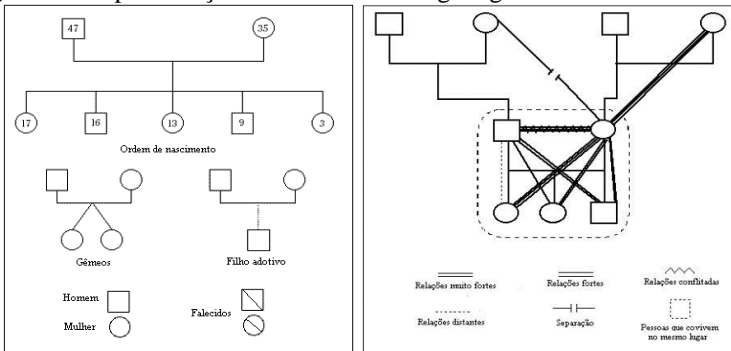
2.2.1.1.2 Genograma e ecomapa

Na prática farmacêutica clínica é fundamental que sejam considerados todos os determinantes do processo saúde-doença, bem como o contexto social e familiar ao qual o paciente está inserido, de forma a realizar intervenções mais coerentes com a realidade do paciente e, dessa forma, com maior probabilidade de sucesso. Assim, ferramentas úteis que podem auxiliar o farmacêutico para atuar nessa lógica são o genograma e ecomapa⁷⁸.

O *Genograma* é um instrumento que facilita e melhora o estudo do contexto familiar, primordial em famílias que apresentam indivíduos com doença crônica, principalmente neurodegenerativas⁷⁹. Assim, mediante a observação detalhada de cada pessoa que compõem a família é geralmente possível examinar

e questionar algumas crenças e fantasias que atualmente causam problemas aos pacientes, sendo um instrumento útil para pacientes que não aderem à terapia medicamentosa⁷⁹. Apesar de similar à árvore genealógica, o genograma vai além da representação visual da origem dos indivíduos, possibilita completar informações qualitativas sobre as dimensões da dinâmica familiar, como processo de comunicação, relações estabelecidas e equilíbrio/desequilíbrio familiar (Figura 4)⁸⁰.

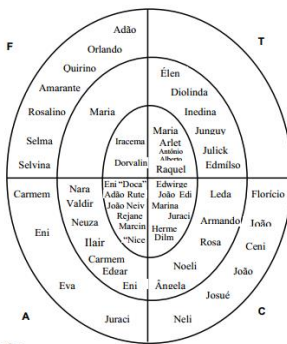
Figura 4 - Representação e estrutura de um genograma



Fonte: Asen e Tomson (1997).

O *ecomapa* é uma sistematização da rede social do indivíduo (vizinhos, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais), que pode ser registrada na forma de um mapa mínimo^{81,82}. Este mapa é dividido em quatro quadrantes: (1) família; (2) amizades; (3) relações de trabalho ou escolares e (4) relações comunitárias, de serviço ou de credo, e pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômico em um determinado momento na vida dos membros da família⁸³.

Figura 5 - Representação do ecomapa



Legenda:
 F: família
 A: amigos
 T: trabalho
 C: comunidade

Fonte: Cecagno, Souza e Jardim (2004).

3. PERFIL FARMACOEPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON ATENDIDOS NO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE

Artigo submetido à Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada em janeiro de 2014.

3.1 RESUMO

Introdução: A Doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa que usualmente acarreta incapacidade severa após 10 a 15 anos e representa um impacto social e financeiro elevado, particularmente na população mais idosa. Poucos estudos contemplam a complexidade farmacoepidemiológica desses pacientes. Assim, o objetivo desse artigo é descrever o perfil farmacoepidemiológico dos indivíduos atendidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no município de Florianópolis, visando subsidiar a proposição de um serviço farmacêutico clínico. **Metodologia:** Estudo observacional descritivo transversal realizado com 70 indivíduos sendo a amostragem feita por conveniência e cujo objeto de análise foi o perfil sociodemográfico, clínico e medicamentoso. **Resultados e discussão:** 64,3% eram homens, idade média de 69,4±11 anos, 85,7% declararam-se brancos, 55,7% apresentaram nível superior de escolaridade, 82,9% aposentados e 37,1% necessitavam de cuidador e, apenas 22,9% possuíam todas as demandas em saúde contempladas pelo SUS. A qualidade de vida apresentou-se afetada principalmente pelos sintomas motores e as disautonomias também trouxeram importante prejuízo. Foram utilizados 156 medicamentos diferentes, com uma média de 6,8±3,1 por paciente. **Considerações finais:** Considerando que os pacientes são idosos, polimedicados,

com prejuízos cognitivos, dificuldade de adesão e sem acesso a integralidade dos serviços de saúde pelo SUS, a proposição de um serviço farmacêutico clínico a esses pacientes, de acordo com a sua necessidade, poderia contribuir para melhorar a qualidade de vida, através de resultados clínicos e humanísticos mais satisfatórios.

Palavras chaves: Doença de Parkinson, Farmácia Comunitária, Farmacoepidemiologia

3.2 ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease is a neurodegenerative disease that usually leads to severe disability after 10 to 15 years and represents a high social and financial impact, particularly in the older population. Few studies contemplate the pharmacoepidemiologic complexity of these patients. Thus, the main goal of this article is to describe the pharmacoepidemiological profile of the patients assisted in the Specialized Component of the Pharmaceutical Care (CEAF) in the city of Florianópolis, aiming to support the proposition of a clinical pharmacist service. **Methods:** An observational transversal descriptive study conducted with 70 individuals with Parkinson's disease being sampled by convenience and whose object of analysis was the sociodemographic, clinical and pharmacological profile. **Results and discussion:** 64.3 % were men, with a middle age of 69.4 ± 11 years, 85.7 % declared as white, 55.7 % had higher education, 82.9 % were retired, 37.1 % needed help caregiver and only 22.9 % had all the health care needs covered by the SUS. The quality of life was mainly affected by motor symptoms however the dysautonomia had brought injury as well. The amount of 156 different medicines was used, with an average of 6.8 ± 3.1 per patient. **Conclusion:** Considering that this group of patients are mostly elderly,

polymedicated with cognitive impairment, and have difficulty in adhere to treatment and no access to all of health services by SUS, the proposition of a clinical pharmacist service to these patients according to their need, could contribute to the improvement in their quality of life through more satisfactory clinical and humanistic outcomes.

Key words: Community Pharmacy, Parkinson's disease, Pharmacoepidemiology

3.3 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) foi descrita pela primeira vez em 1817 por James Parkinson como paralisia agitante (*shaking palsy*)¹⁶. Trata-se de uma doença caracterizada, predominantemente mas não exclusivamente, pela morte progressiva de neurônios dopaminérgicos, localizados no núcleo do mesencéfalo denominado *substância negra*, que se projetam para o estriado e desempenham importante papel na função motora^{2,17,18}.

As manifestações clínicas envolvem sintomas motores e não motores. Os sintomas motores são caracterizados por tremor de repouso, acinesia ou bradicinesia, rigidez e alteração postural e de marcha^{5,28}. Entretanto, os sintomas motores só se tornam evidentes após o comprometimento de 50 a 60% dos neurônios da região nigroestriatal e cerca de 80 a 85% da dopamina do estriado esteja depletada²⁹.

Os principais sintomas não motores são: distúrbios cognitivos, manifestações neuropsiquiátricas (psicose, desordens compulsivas e impulsivas, depressão, ansiedade, apatia), complicações autonômicas (hipotensão, sudorese, náusea, sialorréia, disfagia, hiposmia, constipação, gastroparesia, sintomas urinários, disfunção erétil) e

distúrbios do sono (sonolência diurna excessiva, distúrbio do sono REM, insônia)²⁹. Esses sintomas são decorrentes das alterações patológicas que ocorrem no sistema nervoso central e periférico, associado a efeitos da terapia medicamentosa. Recentemente, surgiu a hipótese do envolvimento de neurônios autonômicos da medula espinhal, coração, trato gastrointestinal e geniturinário, além de alterações nos sistemas de neurotransmissão noradrenérgico, serotoninérgico e colinérgico^{27,30}.

O acesso aos medicamentos para DP no serviço público de saúde ocorre quase que na sua totalidade por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O CEAF *é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial*⁴⁰. Em virtude das características das doenças, dos medicamentos disponibilizados e da necessidade de promoção do uso racional, os medicamentos do CEAF devem ser dispensados conforme os critérios preconizados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde e de abrangência nacional. Os medicamentos disponibilizados pelo CEAF para o tratamento da DP são: amantadina, bromocriptina, entacapona, pramipexol, selegilina e tolcapona^{1,40}.

Percebe-se na literatura uma escassez de estudos que possibilitem caracterizar esse grupo de pacientes em toda a sua complexidade. O conhecimento do perfil farmacoepidemiológico desses pacientes poderia auxiliar a adequação e qualificação do serviço farmacêutico clínico oferecido a eles.

A maioria dos estudos sobre a DP é experimental, seja para identificar sua causa ou para a descoberta de novos medicamentos e, epidemiológico, estes com poucos dados referentes à população brasileira. Atualmente, têm-se realizado, inclusive no Brasil, estudos que avaliam a qualidade de vida de pacientes com DP, porém são

ainda incipientes e nem sempre conseguem traduzir a necessidade que esse paciente tem com relação aos serviços de saúde.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi traçar o perfil farmacoepidemiológico dos indivíduos atendidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no município de Florianópolis, Santa Catarina, sobre os aspectos sociodemográficos, clínicos e farmacológicos, para melhor atendê-los de acordo com suas especificidades e necessidades.

3.4 PACIENTES E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, desenvolvido na Farmácia Escola UFSC/PMF (FE), a qual é uma farmácia comunitária vinculada ao Curso de Graduação em Farmácia da UFSC, conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), cujo objetivo é qualificar a Assistência Farmacêutica no SUS por meio da viabilização e estruturação de serviços de dispensação de medicamentos do Componente Básico (CBAF) e Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Atualmente, estão cadastrados no CEAF de Florianópolis 4501 pacientes, desses 161 com CID G20 (Doença de Parkinson). Esse montante somado com o fluxo gerado pelo CBAF origina cerca de 350 atendimentos por dia (7000 atendimentos/mês) na FE.

A amostra foi selecionada por conveniência^c, de acordo com a disponibilidade da farmacêutica, para convidar o paciente ou cuidador. O convite envolveu a apresentação do serviço de

^c Trata-se de uma forma de amostragem não-probabilística que leva em conta as restrições envolvidas no levantamento amostral, em geral ausência de tempo e recursos materiais para o levantamento dos dados. Embora não sejam feitas inferências em amostras de conveniência, estas podem ser importantes para levantar hipóteses e formular modelos.

Seguimento Farmacoterapêutico (SFT), e uma vez aceita a participação no estudo, o paciente ou cuidador assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Neste trabalho são apresentados e discutidos os dados da primeira consulta, caracterizando os pacientes atendidos pelo CEAF que aceitaram participar de um serviço de seguimento farmacoterapêutico.

Entre os pacientes ou cuidadores que optaram em não participar do estudo o principal motivo foi a dificuldade de locomoção do paciente até a Farmácia. Foram considerados como critério de exclusão paciente que reside em casa de cuidado geriátrico e/ou que suspendeu tratamento no momento do convite.

Variáveis sociodemográficas, clínicas e terapêuticas

Os dados demográficos, clínicos e medicamentosos dos pacientes apresentados foram coletados na primeira consulta farmacêutica.

- *Dados sociodemográficos*: idade (em anos), sexo (categorizado em Masculino e Feminino), tipo de assistência à saúde (pública, privada ou mista), presença ou não de cuidador, cor declarada (branco, pardo, preta, amarela), escolaridade (anos de estudo) e sua relação com a cognição, ocupação (aposentado, ativo e do lar), estado civil (solteiro, casado, separado e viúvo).

- *Dados clínicos referentes à DP*: tempo de diagnóstico da doença (medido em anos); qualidade de vida; sintomas motores e não motores (distúrbios autossômico e neurológico); doenças associadas e cognição. A qualidade de vida foi determinada por meio do questionário *Parkinson Disease Questionnaire* (PDQ-39) o qual está validado e adaptado para o português do Brasil^{84,85}. O PDQ-39 (ANEXO 1) é um questionário específico para DP composto por 39 questões distribuídas em oito domínios: mobilidade (dez itens); atividades de vida diária (seis itens); bem-estar emocional (seis itens); suporte social (três itens); desconforto corporal (três itens);

estigma (quatro itens); cognição (quatro itens); e comunicação (três itens). Cada item é avaliado de acordo com a frequência do último mês: nunca (0), raramente (1), as vezes (2), frequentemente (3) e sempre (4), sendo que para cada domínio, soma-se a pontuação de cada item e esse somatório divide-se pela pontuação máximo possível para o respectivo domínio - (somatório/n° de itens *4)*100. Não existe um ponto de corte padronizado, quanto menor o valor do escore, melhor a qualidade de vida do paciente. O PDQ-39 foi entregue na primeira consulta sendo que em caso de apenas o cuidador estar presente o questionário era entregue a ele para que trouxesse na próxima consulta. Três pacientes não retornaram para a segunda consulta e oito optaram em não responder o questionário por distintos motivos. A cognição foi avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), sendo este aplicado diretamente ao paciente na consulta. O MEEM (ANEXO 2) é um instrumento utilizado para avaliação da função cognitiva por meio de domínios de orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho⁸⁶.

• *Dados referentes à farmacoterapia:* medicamentos prescritos para DP e comorbidades (número e tipo); principais esquemas terapêuticos utilizados para DP (monoterapia, dupla, tripla e quádrupla); medicamentos concomitantes, adesão ao tratamento e número de PRM. Para verificação da terapia em uso utilizou-se das receitas médicas, relato do paciente e/ou cuidador e a sacola de medicamentos que os pacientes trouxeram na primeira consulta. A adesão foi medida na primeira consulta farmacêutica (perguntas abertas; observação durante entrevista) e pelo questionário de Morisky-Green-Levine (auto-relato respondendo a perguntas fechadas). O questionário de Morisky-Green-Levine (ANEXO 3) é composto por quatro perguntas com respostas do tipo sim ou não,

sendo que o paciente é considerado como aderente quando responde corretamente as quatro perguntas, caso contrário é não aderente⁸⁷.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Parecer nº 1963/2011.

Análise estatística

A análise dos dados foi realizada usando-se o Programa SPSS para Windows versão 15.0 e o software R versão 3.0.2. Os dados foram apresentados de forma descritiva (média±desvio padrão) e frequência (expressa em porcentagem - %). Para comparar uma variável categórica com a média de outra, utilizou-se o teste ANOVA de um fator (analisar a influência da escolaridade sobre a cognição e a presença de cuidador sobre a QV). Intervalo com 95% de confiança, valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

3.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 161 indivíduos cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no município com o diagnóstico de DP, 104 foram convidados, sendo que 85 aceitaram e 70 vieram efetivamente a participar do SFT, e destes 55 concluíram o SFT. Pacientes ou cuidadores que aceitaram o convite, porém não compareceram na primeira consulta, foram excluídos da amostra.

Entre os 70 pacientes participantes do estudo, 22,9% eram acompanhados por médicos do SUS, 62,9% por médicos particulares e 14,2% de forma mista. Evidencia-se uma ausência de integralidade em relação às ações e serviços de saúde voltados a esse grupo de pacientes, as quais se restringem ao mero fornecimento de

medicamentos. Segundo a Lei 8.080/90, é dever do Estado garantir o direito de acesso de todo e qualquer cidadão ao atendimento integral nos diversos níveis de complexidade, como forma de efetivar e garantir o postulado da saúde, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais⁴⁴. É importante ressaltar que os pacientes atendidos pelo serviço público eram, em sua imensa maioria, encaminhados a um único médico que trabalhava como voluntário na APASC. O perfil socioeconômico da amostra não foi foco deste trabalho.

3.5.1 Perfil demográfico

Do total, 64,3% eram homens. A prevalência de homens com diagnóstico de DP é verificada em muitos estudos^{6,7,8,9} sendo que Massano (2011) aponta para uma relação de 3:2 (homens; mulheres), semelhante a encontrada no presente estudo.

A faixa etária variou de 39 a 94 anos e a idade média foi de 69,44±11. A taxa de incidência de DP em indivíduos com idade inferior à 40 anos é de 3-4/100.000 habitantes, enquanto que em indivíduos com mais de 70 anos é superior a 500/100.000 habitantes⁸⁸. Segundo Di Caudo & Luquin (2011) e Twelves & Perkins (2003) a frequência de DP está diretamente relacionada à idade, sendo que o pico difere entre os autores de 60-69 anos e 70-79 anos, respectivamente^{7,88} e, raramente acomete indivíduos com menos de 50 anos⁸⁹. No presente estudo, a frequência nessas faixas etárias foi a mesma e representou 60% da amostra, sendo que 5,7% apresentavam idade inferior a 50 anos e 20% acima de 80 anos. Quanto ao estado civil, 65,7% eram casados, 18,6% eram viúvos, 10% separados e 5,7% solteiros.

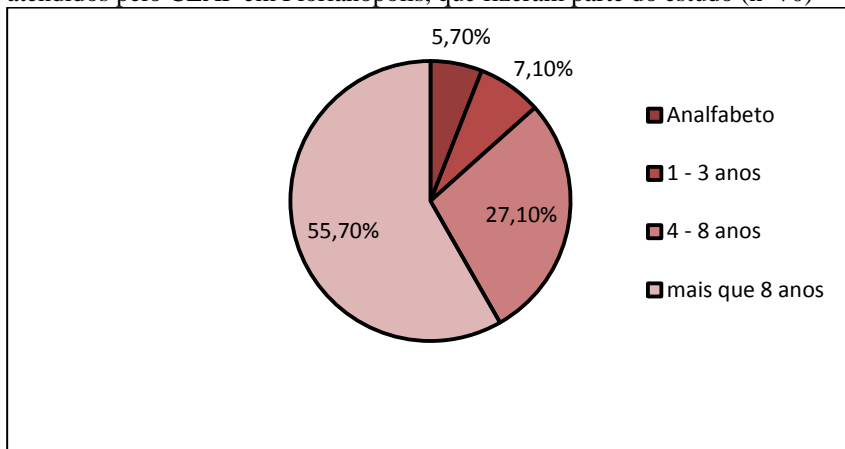
Com relação à cor declarada, houve predomínio da cor branca, a qual correspondeu a 85,7% da população em estudo, o que

corroborar com Twelves & Perkins (2003) e De Lau & Breteler (2006), que em seus estudos epidemiológicos, evidenciaram diferenças entre as raças na incidência de DP, sendo maior em brancos, seguidos de asiáticos e negros^{6,8}. É importante ressaltar que segundo o censo do IBGE de 2010, o estado de Santa Catarina possui a maior proporção de brancos declarados do país (84%). Com relação à raça negra, o estado possui a menor proporção do país com 2,9%, e a parda a segunda menor (12,4%)⁹⁰. É importante destacar que Florianópolis se diferencia do restante do Estado quanto a porcentagem de negros (14,68%)⁹¹.

Com relação à capacidade produtiva, 82,9% eram aposentados, 12,9% ativos e 4,3% do lar. Ao verificar as consequências da DP sobre a vida produtiva do paciente, foi verificado que 71,4% dos pacientes com idade inferior a 60 anos eram aposentados, e para 40% o tempo de diagnóstico foi inferior à 2 anos; 30% entre 2 e 5 anos; 20% entre 5 e 10 anos e apenas 10% acima de 10 anos. Esses dados podem indicar que a DP pode levar a uma aposentadoria por invalidez.

No que se refere à escolaridade, 55,7% dos indivíduos possuíam nível superior e apenas 12,8% tinham menos de 4 anos de estudo, conforme pode ser observado no Gráfico 1. Segundo dados de 2010, 80,03% da população de Florianópolis com 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental, 66,21% o ensino médio, 31,5% ensino superior e, apenas eram 2,5% analfabetos⁹².

Gráfico 1 - Distribuição conforme escolaridade dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (n=70)



A cognição dos pacientes esteve associada ao nível de escolaridade ($p < 0.001$). De acordo com o ponto de corte para o MEEM proposto por Brucki e colaboradores (2003)⁹³, os pacientes com DP participantes do presente estudo apresentaram um déficit de cognição, com valores inferiores aos de referência de acordo com a escolaridade, conforme descrito na Tabela 1. É importante destacar que a cognição foi verificada somente nos pacientes que comparecem em pelo menos uma consulta farmacêutica, totalizando 49 pacientes.

Tabela 1 - Correlação da cognição com o nível de escolaridade dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (N=49)

Escolaridade	n	MEEM (Média±DP)	Pontos de corte* – MEEM Brucki et al. (2003)
Analfabeto	3	18,0±5,3	20 para analfabetos
1-3 anos	4	21,2±0,9	25 para um a quatro anos de estudo
4 - 8 anos	11	25,0±3,5	26,5 para cinco a oito anos de estudo
>8anos	31	26,7±2,6	28 para 9 a 11 e 29 para mais de 11 anos de estudo
Total	49	25,3±3,7	

*Fez-se uma aproximação dos pontos de corte com os níveis de escolaridade usados neste estudo. Teste de ANOVA.

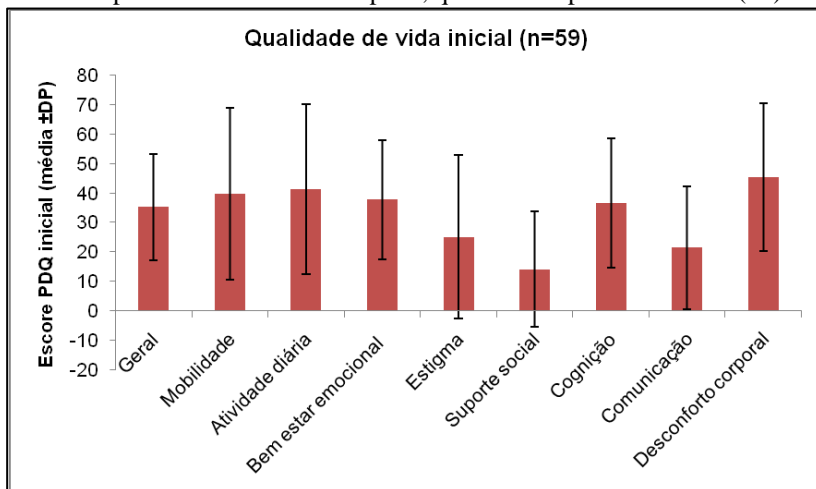
3.5.2 Perfil clínico

Em 12,9% dos pacientes estudados houve relato de histórico familiar positivo, o que corrobora com dados da literatura que apontam a DP esporádica como a mais prevalente, sendo que o percentual de pacientes varia de 10 a 15%^{5,6,10}. Com relação à DP secundária desencadeada pelo uso de medicamentos, 4,3% dos pacientes relatou o surgimento de sinais e sintomas da DP após uso de flunarizina e metoclopramida, administradas de maneira prolongada e aguda, respectivamente.

A Organização Mundial de Saúde define Qualidade de Vida (QV) como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores em que ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, preocupações e desejos”⁹⁴.

Na DP devido à característica progressiva e crônica, a QV é considerada como desfecho primário, uma vez que mantê-la nesses indivíduos é um dos grandes desafios⁹⁵. No Gráfico 2 estão representados os domínios que compõem o PDQ-39 dos pacientes na primeira entrevista.

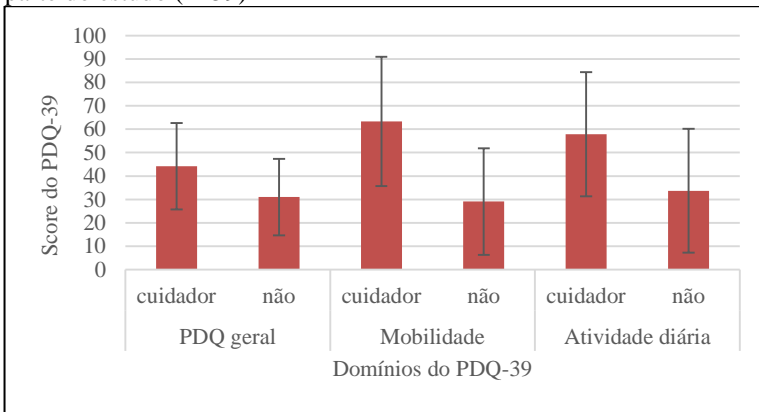
Gráfico 2 - Escore de qualidade de vida (PDQ-39) dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAf em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (59)



Observa-se que os domínios mais afetados na população em estudo estão relacionados com os sintomas motores (desconforto corporal, atividade diária e mobilidade, respectivamente), seguidos pelo comprometimento emocional. Alguns estudos relataram que prejuízos no desenvolvimento de atividades motoras são considerados um dos grandes responsáveis pela piora na qualidade de vida de indivíduos com DP^{96,97}, uma vez que agem como precursores de outras limitações, sendo que o tremor apresenta maior associação com a dimensão mental e a rigidez com a dimensão social⁹⁷.

Do total de pacientes somente 37,1% necessitavam da ajuda de um cuidador para realizar as atividades diárias, incluindo a administração de medicamentos. A presença de cuidador conferiu piora na percepção dos pacientes com relação a sua qualidade de vida, apresentando diferenças significativas nos escores geral ($p=0,007$), de mobilidade ($p<0,001$) e de atividade diária ($p=0,002$), como pode ser verificado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Influência da presença do cuidador na percepção de QV de indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (n=59)



Segundo Carot-artal e colaboradores e Silva e colaboradores (2009), com a progressão da doença e a redução da mobilidade corporal ocorrem crescentes limitações para realizar atividades da vida diária, o que reflete na independência do indivíduo com DP, levando-o a necessitar, muitas vezes, de um cuidador. Dessa forma, a presença do cuidador pode estar relacionada a maior incapacidade do indivíduo com DP, e, como consequência, pior percepção da sua QV^{98,99}.

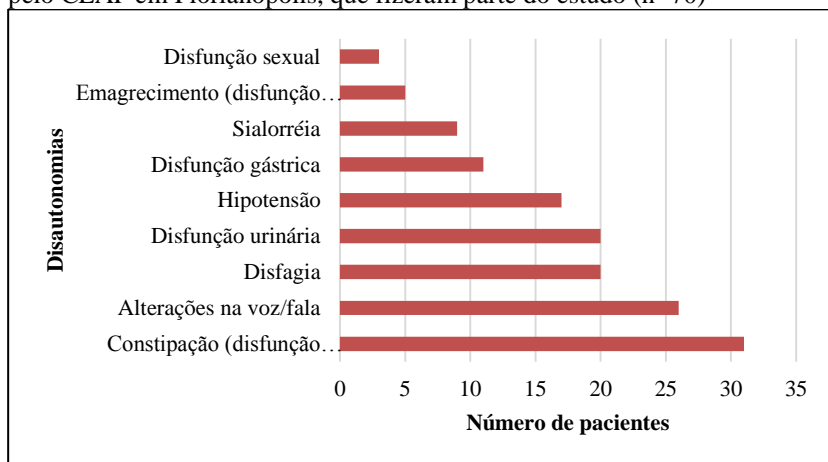
O desconforto corporal apresenta-se como fator de grande relevância na piora da QV, sendo que 39% dos pacientes relataram dores e 8,3% câimbras. Segundo Letro, Quagliato e Viana (2009)¹⁰⁰, a dor na DP está associada aos sintomas motores, especialmente à acinesia e à rigidez, sendo as pernas normalmente a região mais atingida, seguida pelos braços, pescoço, região lombar e abdômen¹⁰¹. Isso gera, além de desconforto, comprometimento da mobilidade e, como consequência, prejuízo na atividade diária.

Outros sinais e sintomas que foram observados como responsáveis pelo comprometimento na qualidade de vida dos pacientes com DP e que não são avaliados no PDQ-39 são as

disautonomias. Trata-se de sinais e sintomas não motores que ocorrem devido ao envolvimento de áreas externas ao sistema dopaminérgico nigroestriatal, aliado ao envolvimento do sistema nervoso autonômico periférico. São eles: a disfagia, disfunções cardiovasculares, urogenital, termorregulatória, respiratória e gastrointestinal¹⁰².

Observa-se no Gráfico 4 que as disautonomias mais frequentes foram a constipação (43%), seguida da alteração na fala (36%), disfagia (28%) e disfunção urinária (28%).

Gráfico 4 - Frequência de disautonomias nos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (n=70)



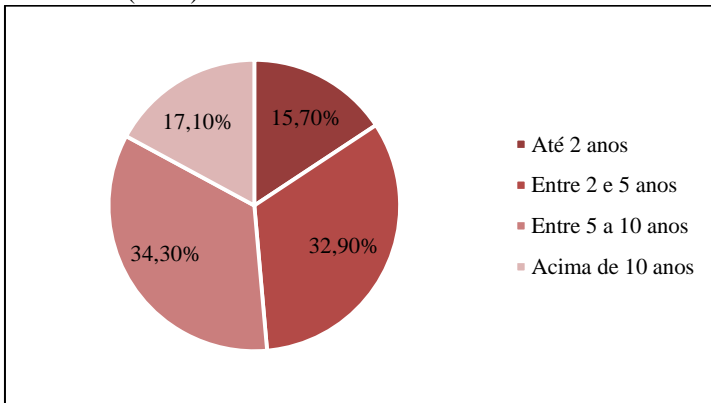
Com relação às comorbidades neurológicas, houve predomínio da demência associada à DP (28%), seguida de distúrbio do sono REM (22,2%) e insônia (19,4%). Observou-se que os distúrbios do sono são os sintomas neurológicos que mais acometem os pacientes estudados.

Três grandes estudos^{12,103,104} encontraram diferentes frequências para as morbidades autossômicas e neurológicas, porém

foram unânimes em afirmar a relevância clínica de tais sintomas não motores na qualidade de vida do indivíduo com DP.

O tempo de diagnóstico desses pacientes concentrou-se entre 2 a 5 anos e 5 a 10 anos, conforme pode ser observado no Gráfico 5. Diferentemente de outros estudos^{95,98}, o tempo de diagnóstico não foi determinante para a percepção de piora na qualidade de vida, exceto no domínio desconforto corporal ($p=0,040$). Porém, com o tempo, ocorre progressão dos sintomas e o aparecimento de complicações do tratamento que geram piora no desempenho de todas as atividades, sejam elas motoras ou cognitivas⁹⁶.

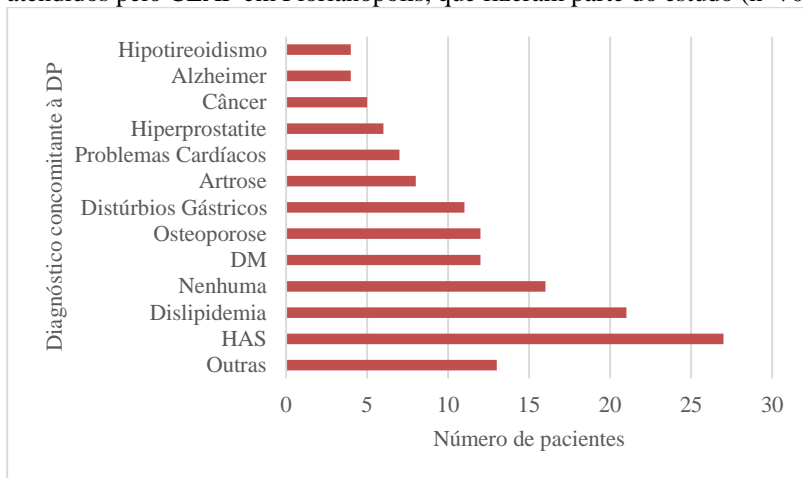
Gráfico 5 - Distribuição de acordo com o tempo de diagnóstico dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAf em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (n=70)



Com relação à presença de patologias associadas à DP, 22% dos pacientes não relatou outro diagnóstico. Esse número pode ser justificado pela idade desses pacientes, sendo quatro deles com idade inferior a 49 anos e dez entre 50 e 59 anos. Entre os que apresentaram comorbidades, as patologias mais frequentes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (37%); Dislipidemia (29%); Diabete mellitus (DM) (17%), osteoporose (17%) e distúrbios

gástricos (15%), sendo que este último pode ser também considerado como comorbidade associada à DP ou reação adversa à medicação.

Gráfico 6 - Outras patologias diagnosticadas nos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (n=70)



3.5.3 Perfil medicamentoso

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, é recomendável instituir tratamento sintomático no momento do diagnóstico, sendo que a escolha do medicamento deve considerar fatores como estágio da doença, sintomatologia presente, ocorrência de efeitos colaterais, idade do paciente, medicamentos em uso e seu custo. Pacientes com sintomas leves sem prejuízo funcional, pode ser utilizado anticolinérgicos e levodopa como terapia inicial, sendo o primeiro utilizado especialmente nos casos em que o tremor é a manifestação predominante, em pacientes mais jovens e sem disfunção cognitiva. Para pacientes que apresentam sintomas com prejuízo funcional, tanto levodopa quanto agonistas dopaminérgicos podem ser utilizados, porém, apesar de ser

mais efetivo, levodopa pode levar ao aparecimento de flutuações motoras e discinesias com uso prolongado, principalmente em pacientes mais jovens, o que sugere, para estes pacientes, iniciar o tratamento com agonistas dopaminérgicos. No tratamento de pacientes em fase avançada da doença, que já se encontram em tratamento com levodopa, vários medicamentos mostraram-se eficazes, entre eles bromocriptina, cabergolina, pramipexol, tolcapona e entacapona. O tratamento com este inibidor da COMT somente será uma opção terapêutica se não houver controle com outros medicamentos¹.

Para tratamento das complicações motoras (flutuações motoras e discinesias ou movimentos involuntários), o PCDT recomenda a utilização de agonistas dopaminérgicos, especialmente o pramipexol. Os inibidores da COMT, tolcapona e entacapona, são eficazes na redução das flutuações motoras. Para controle das discinesias induzidas por levodopa, a alternativa é associar um agonista dopaminérgico e reduzir a dose de levodopa ou iniciar uso de amantadina¹.

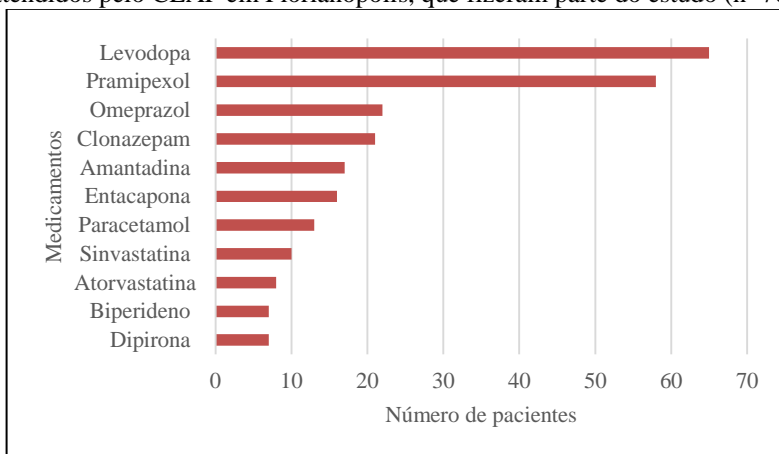
O número de medicamentos diferentes utilizados pelos pacientes foi de 156. A média de medicamentos utilizados, incluindo os referentes ao tratamento da DP, comorbidades e de outras patologias, foi de $6,8 \pm 3,1$ por paciente. Trata-se de pacientes polimedicados (PM)¹⁰⁵, cuja progressão da doença e o perfil de segurança do seu tratamento requerem a adição de mais medicamentos³¹. A associação de medicamentos é uma prática comumente utilizada em esquemas terapêuticos clássicos, com a finalidade de melhorar a eficácia dos medicamentos, reduzir a toxicidade, tratar doenças coexistentes^{106,107} e/ou tratamentos sintomáticos e por automedicação^{108,109,110}.

A utilização concomitante de vários medicamentos merece atenção especial, pois medicamentos são substâncias químicas que podem interagir entre si, desencadeando respostas indesejadas ou

iatrogênicas^{106,111}, acarretando na diminuição da eficácia, potencialização do efeito, aparecimento de efeitos adversos. Assim sendo, a interação entre medicamentos pode ser benéfica, desfavorável, ou apresentar baixa importância clínica^{106,112}. Além disso, podem provocar o surgimento de PRM, como demonstrado pelo alto índice de PRM neste grupo de 87,1%.

Os doze medicamentos mais utilizados estão representados no Gráfico 7.

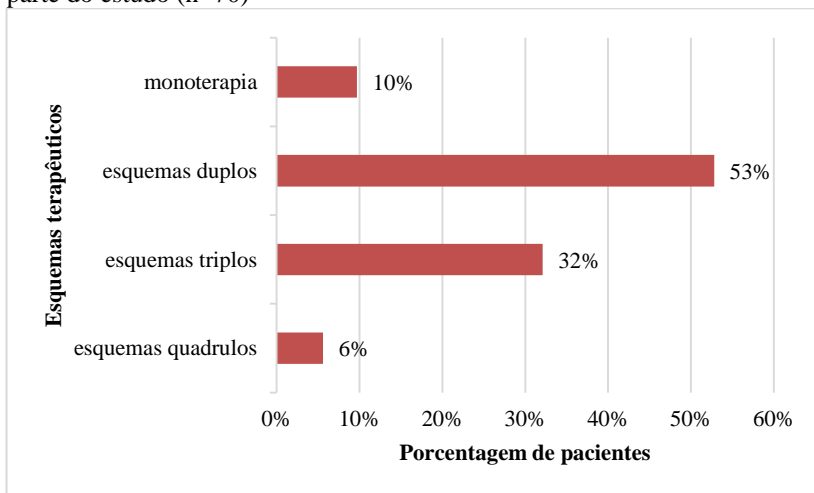
Gráfico 7 - Medicamentos mais prescritos para os indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (n=70)



Em relação ao tratamento da DP, os esquemas terapêuticos foram compostos por medicamentos de todas as classes terapêuticas utilizadas para DP disponíveis no mercado, a saber: precursor de dopamina, agonistas dopaminérgicos, inibidores da COMT, inibidores da IMAO, anticolinérgicos e inibidores da NMDA. Esses esquemas variaram, desde monoterapêutico até terapia quádrupla, conforme ilustrado no Gráfico 8. É importante ressaltar que o esquema monoterapêutico pode ter sido subestimado, uma vez que, para compor a amostra o paciente deveria estar cadastrado no CEAF e, dessa forma, não foram incluídos aqueles que utilizam apenas

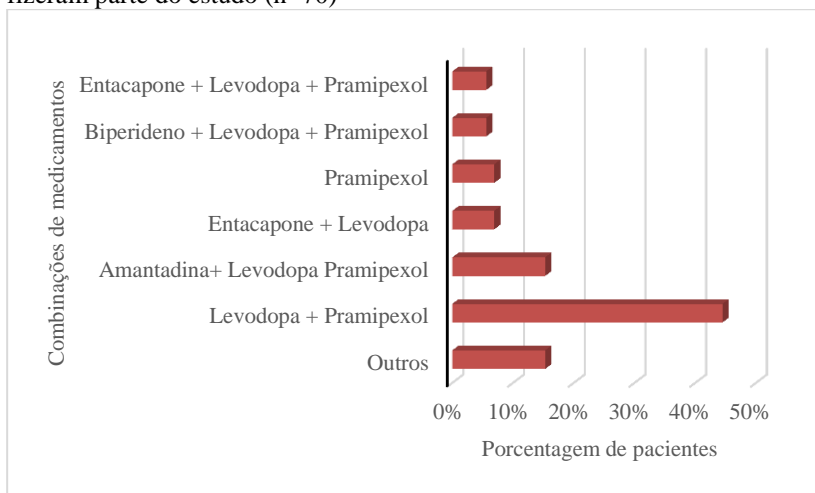
levodopa, o qual é fornecido pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Gráfico 8 - Frequência dos esquemas terapêuticos utilizados pelos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (n=70)



O Gráfico 9 demonstra a porcentagem de pacientes em relação às combinações de medicamentos usadas por este grupo. Percebe-se que há um predomínio do esquema duplo de levodopa + pramipexol (44,5%), seguida da associação tripla entre amantadina + levodopa + pramipexol (15,3%).

Gráfico 9 - Representação das combinações terapêuticas mais utilizadas pelos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo (n=70)



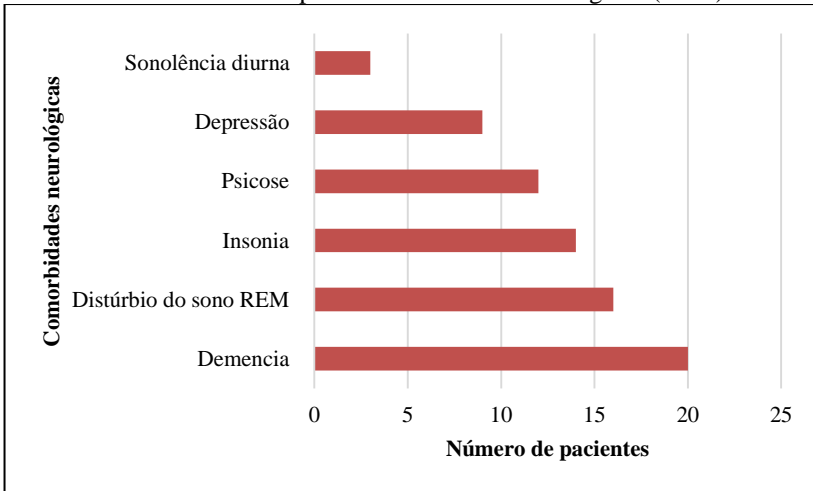
O tratamento mais eficaz e de primeira escolha para os sintomas motores da DP, na maioria dos casos, é levodopa²², porém, devido ao seu perfil de segurança restrito, com o surgimento de flutuações motoras e discinesias com o decorrer do tempo, são necessárias alterações na dose e/ou frequência de administração ou terapia complementar²¹. Assim, levodopa muitas vezes é usado em associação com os agonistas dopaminérgicos a fim de reduzir a sua dose e, dessa forma, superar tais efeitos adversos do seu uso prolongado, além de potencializar o seu efeito antiparkinsoniano¹. Isso justifica o número elevado de pacientes que utilizam a associação de levodopa+pramipexol.

A adição da amantadina à terapia antiparkinsoniana justifica-se, principalmente, pela sua eficácia na redução das discinesias, porém as evidências desse efeito são para curto prazo, por um período de seis a doze meses, sendo que não há dados suficientes para avaliação a longo prazo^{34,102}. Entre os 10 pacientes (15%) que utilizam o esquema levodopa+pramipexol+amantadina, 47,7% dos

pacientes possuem o tempo de diagnóstico foi superior a 10 anos. Estes paciente podem estar experimentando efeitos adversos do uso prolongado do levodopa, justificando o uso de amantadina.

O Gráfico 10 mostra o percentual de pacientes que possuíam tratamento farmacológico para os distúrbios neuropsiquiátricos e cognitivos advindos da DP, os quais serão discutidos individualmente em seguida.

Gráfico 10 - Número de indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis, que fizeram parte do estudo pacientes que utilizavam tratamento medicamentoso para comorbidades neurológicas (n=70)



A depressão é considerada por muitos autores como uma das principais responsáveis pela piora na QV de pacientes com DP e exerce influência sobre os sintomas físicos e cognitivos, o que, contribui para um quadro de isolamento social^{96,97}.

Neste grupo, 24 pacientes tomavam algum medicamento da classe dos antidepressivos. Dez medicamentos diferentes foram prescritos, sendo que as classes predominantes foram inibidores da recaptação de serotonina (ISRS), seguido de antidepressivos

tricíclicos (ATC). Os medicamentos mais prescritos foram escitalopram (7 pacientes) e sertralina (5 pacientes), ambos ISRS.

Percebe-se uma diferença no perfil de prescrição para o tratamento da depressão, o que corrobora com os dados da literatura, os quais são pouco conclusivos sobre o tratamento de escolha para pacientes com DP. É importante destacar que o fato de não haver uma prescrição de antidepressivo não significa que o paciente não esteja sendo tratado para a depressão, uma vez que existem outras formas de tratar tal sintoma não motor, a saber: ajuste do tratamento dopaminérgico e/ou adição de agonista dopaminérgico¹¹³, além da psicoterapia ou grupos de apoio a pacientes com DP.

Segundo Chung e colaboradores (2003)¹¹⁴ os antidepressivos tricíclicos (ATC) e inibidores de recaptção de serotonina (ISRS) possuem a mesma eficácia, porém, Wood & colaboradores (2010)¹¹⁵, Vajda & Solinas (2005)¹¹⁶ e Chen (2004)¹¹⁷ afirmam que o uso de ISRS é o tratamento mais eficaz e mais tolerável. Segundo Frisina e colaboradores (2008)¹¹⁸ e Sawabini & Watts (2004)¹¹⁹ a escolha dos antidepressivos deve ser individualizada, e um ponto importante a ser considerado é o perfil de reações adversas do fármaco e a sua tolerabilidade pelo paciente.

Com relação ao distúrbio do sono, 28 pacientes possuíam tratamento farmacológico instituído. O clonazepam foi o medicamento mais utilizado por estes pacientes (75%). Esse perfil de prescrição está de acordo com o recomendado pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN), sendo clonazepam como fármaco de escolha para distúrbio do sono REM¹⁰². É importante ressaltar que em 4,2% dos casos havia a adição de outro medicamento, além do clonazepam, para essa mesma condição clínica.

Para demência na DP, nove pacientes utilizavam algum medicamento: donepezila (4 pacientes), rivastigmina (3 pacientes) e galantamina (2 pacientes). Apenas um paciente tratava-se com

memantina. É importante ressaltar que dentre os 9 pacientes, somente quatro pacientes tinham diagnóstico de Alzheimer.

Segundo a ABN¹⁰² não há evidências suficientes para sugerir o tratamento de escolha para a demência na DP. Segundo Wood e colaboradores (2010), antes de iniciar uma nova terapia deve-se avaliar a existência de um diagnóstico de depressão e a possibilidade de descontinuar ou reduzir a dose de medicamentos anticolinérgicos, seguido por amantadina, agonistas dopaminérgicos e inibidores da MAO, sendo que as doses de levodopa e inibidores da COMT também podem ser reduzidas, se bem tolerados¹¹⁵.

Os inibidores da acetilcolinesterase são os fármacos de primeira escolha para tratamento de demência em pacientes com DP que não apresentem contraindicação. O fármaco mais estudado dessa classe é a rivastigmina, seguida da donepezila e galantamina. Não há consenso entre os estudos com relação ao grau de melhora cognitiva para cada um dos fármacos individualmente, porém alguns autores afirmam que os inibidores da acetilcolinesterase apresentam benefício na cognição^{29, 30, 34, 115}.

Com relação à psicose, seis pacientes faziam uso de alguma medicação. Desses, 83,3% tomavam quetiapina, dado que contrasta com a recomendação da ABN, a qual afirma que clozapina é o medicamento com maior evidência de eficácia para tratar a psicose associada à DP¹⁰². Esse desacordo é explicado por alguns autores que afirmam que devido ao risco de leucopenia associado ao uso de clozapina, o que requer monitoramento de parâmetros laboratoriais constante, e à efetividade que a quetiapina tem demonstrado no tratamento de psicose associada à DP sem exacerbações excessivas de sintomas motores, esta tem sido considerada a terapia de primeira escolha pelos prescritores^{34, 115}.

Com relação a adesão medida pelo questionário de Moriski-Green-Levine e na primeira consulta farmacêutica, 60% e 53% dos pacientes, respectivamente, eram não aderentes ao tratamento, o que

confronta com os dados de um estudo multicêntrico, o qual verificou que a adesão global à terapêutica antiparkinsoniana é elevada (97,7%), porém apresentava uma irregularidade nos intervalos de ingestão dos medicamentos, sendo que apenas 24,4% tomavam as doses em intervalos de tempo corretos¹²⁰. Um fator que pode ter influenciado essa diferença deve-se ao fato de que o método utilizado para avaliar adesão considerava como não aderente o paciente que não mantinha a frequência de doses e intervalos corretos.

Esse não cumprimento dos intervalos de doses recomendados estava mais relacionado à administração de doses excessivas que baixas e/ou redução do intervalo entre as doses devido ao retorno dos sintomas *wearing off*, *on/off* e tremores. Sabe-se que a administração excessiva, também considerada baixa adesão por Morisky, pode piorar a discinesia, confusão, alucinações visuais e comportamento obsessivo, e que a ingestão irregular de antiparkinsonianos leva a uma liberação dopaminérgica pulsátil, o que pode predispor ao desenvolvimento de complicações motoras derivados da terapia, particularmente as discinesias¹²¹. Porém, esses sintomas não foram verificados nos pacientes que faziam o ajuste da medicação a partir da percepção sobre o seu corpo.

3.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, o CEAF deve ter suas ações pautadas não apenas em serviços técnicos administrativos direcionados ao acesso ao medicamento como bem de consumo. É necessário que se invista em serviços farmacêuticos que deem conta das necessidades em saúde a qual a população está submetida, sendo para isso fundamental conhecer as suas características.

Considerando-se que este grupo de pacientes com DP são na sua maioria idosos, polimedicados, apresentam pelo menos um PRM, certo grau de demência, dificuldade de adesão ao tratamento e sem acesso a integralidade dos serviços de saúde pelo SUS, a proposição de um serviço farmacêutico clínico a esses pacientes, de acordo com a sua necessidade, poderia contribuir para a melhora na sua qualidade de vida, através de resultados clínicos e humanísticos mais satisfatórios.

4. SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON

4.1 RESUMO

Introdução: Entre os serviços farmacêuticos clínicos, o SFT é o mais complexo e está centrado na avaliação dos resultados terapêuticos. Esse serviço visa, por meio do vínculo estabelecido com o paciente, à obtenção da máxima efetividade dos tratamentos farmacológicos, bem como, minimizar os riscos associados ao uso de medicamentos, e dessa forma contribuir para o uso racional de medicamentos. A Doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa, cuja progressão gera piora dos sintomas motores e aparecimento dos sintomas não motores, levando a necessidade de aumento de doses e adição de novos medicamentos. Associado a isso, surgem efeitos adversos precoces e tardios da intervenção terapêutica, o que faz com que o tratamento da DP seja bastante complexo. Outro fator presente é a falta de adesão que traz como consequência a perda de efetividade, perda da função motora e a redução da qualidade de vida. Dessa forma, entendendo a importante contribuição que o SFT traz para esse grupo de pacientes, o presente trabalho tem como objetivo analisar o efeito do SFT sobre a qualidade de vida, sintomas motores, Problemas Relacionados a Medicamentos, com destaque para a adesão em indivíduos com DP e descrever as suas principais necessidades e intervenções farmacêuticas. **Metodologia:** estudo quase-experimental pré-pós SFT realizado nos meses de setembro de 2012 a março de 2013, na Farmácia Escola UFSC/PMF em Florianópolis. A seleção da amostra foi por conveniência, pacientes cadastrados no CEAF com CID G20 - Doença de Parkinson - foram convidados a participar do serviço de SFT sendo incluídos após o aceite e assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. O método de SFT baseou-se no raciocínio clínico do *Pharmacotherapy Workup* (PW) e Método Dáder, sendo utilizado para anamnese e construção da história farmacoterapêutica um formulário adaptado mesclando esses dois métodos com inclusão do genograma e ecomapa. **Resultados e Discussão:** Dos pacientes e cuidadores que participaram do SFT, 78,6% deles o completaram. Foram realizadas 377 consultas farmacêuticas ($n=70$), as quais ocorreram mensalmente durante seis meses e totalizaram 186 horas, com uma média de 2,6 horas/paciente. Foram realizadas 404 intervenções farmacêuticas sendo que destas 69,1% foram aceitas com melhora em 76,3% dos casos. As intervenções foram realizadas majoritariamente com os pacientes (73,8%). Isso se explica pela natureza das intervenções que foram predominantemente orientação com relação ao tratamento não farmacológico (28,5%), orientação sobre tratamento farmacológico (24,3%) e aprazamento (13,6%). O Seguimento Farmacoterapêutico representou um impacto positivo com melhora na adesão, com uma redução no número de não aderentes de 37 para 10 pacientes ($p<0.001$); redução no número de PRM ($p<0.001$) de $1,67\pm 1,34$ para $0,8\pm 0,9$ após as intervenções ao final dos seis meses; melhora na qualidade de vida em todos os escores do PDQ-39 porém, somente o item relativo ao bem estar emocional (PDQ3) apresentou uma melhora estatisticamente significativa. **Considerações finais:** Quando se pensa em SFT para indivíduos com DP, o Farmacêutico precisa ter expertise que transcenda o seu saber técnico, voltado unicamente ao tratamento farmacológico com vistas a promover um atendimento integral que realmente promova o cuidado, sendo que para isso se deve considerar todos os determinantes responsáveis pela piora na qualidade de vida do indivíduo com DP.

Palavras chaves: Doença de Parkinson, Seguimento Farmacoterapêutico, Qualidade de vida, adesão. PRM

4.2 INTRODUÇÃO

A DP é uma doença neurodegenerativa caracterizada por manifestações motoras (tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e anormalidades posturais e de equilíbrio)³¹, disfunção autossômica, sintomas sensoriais e distúrbios neurológicos (depressão, cognição e psiquiátricos, entre outros)⁹⁸.

Devido à natureza progressiva da DP, a QV do indivíduo com DP fica comprometida em várias dimensões, tanto física, mental/emocional, como social e econômica. Vários fatores são relatados na literatura como associados à piora na QV de pacientes com DP, sendo que os mais frequentes e relevantes para a DP são: bradicinesia, tremor, rigidez, instabilidade postural, distúrbios da marcha, dor, fadiga, depressão, distúrbios cognitivos e sexuais⁹⁷. Em um estudo realizado por Carot-artal, Vargas e Martinez-Martin (2007), verificou-se que os principais determinantes da QV em pacientes brasileiros com DP foram: transtornos de humor (principalmente a depressão), invalidez, complicações da DP (discinesias e flutuações) e anos de escolaridade, este último relacionado ao perfil socioeconômico⁹⁸. Existem quatro instrumentos específicos validados para avaliar a QV na DP: o “Parkinson’s Disease Questionnaire – 39” (PDQ-39), o “Parkinson’s Disease Quality of Life” (PDQL), o “Parkinson’s Impact Scale” (PIMS) e o “Parkinson Lebens Qualitat” (PLQ)¹²².

A terapia para DP é eficaz para tratar os sintomas motores, porém a sua administração a longo prazo gera algumas complicações clínicas. Devido à progressão da doença e a piora dos sintomas motores associados ao aparecimento dos sintomas não motores, há necessidade de aumento de doses e adição de novos medicamentos. Soma-se a isso, o fato de que alguns antiparkinsonianos, principalmente levodopa, desenvolvem a longo prazo complicações

motoras (flutuações e discinesias)¹²³, o que torna o tratamento da doença bastante complexo.

Por outro lado, a não adesão ao tratamento é um dos PRM mais comuns em pacientes que sofrem de doenças crônicas, resultando na redução dos benefícios terapêuticos e efetividade do tratamento. Na DP vários fatores têm sido associados à não adesão, entre eles: pacientes jovens, regime terapêutico complexo (número de comprimidos/dia)¹²⁴, depressão maior, baixa qualidade de vida, sendo que diferentemente de outras doenças, os efeitos adversos foram mais relacionados a descontinuação do tratamento que a não adesão propriamente¹²⁵. As consequências clínicas à falta de adesão ao tratamento antiparkinsoniano incluem a perda de efetividade, perda da função motora e a redução da qualidade de vida^{126,127}.

Para a família, o agravamento dos sintomas motores resulta no aumento das exigências por cuidados devido à piora da qualidade de vida¹²⁵ e, para a sociedade, há um custo relacionado aos medicamentos que não estão sendo utilizados, a um indivíduo incapaz para o trabalho e à realização de procedimentos mais caros e invasivos, como, por exemplo, levodopa intraduodenal e estimulação cerebral profunda¹²⁵. Aliado a isso, um estudo realizado por Davis, Edin e Allen (2010) verificou que a não adesão ao tratamento na DP está relacionada a um acréscimo nos custos associados ($p < 0,05$), devido a um aumento na média de internações hospitalares (2,3 vs 1,8), consultas médicas (17 vs 15,9), e outros cuidados em saúde (12,8 vs 9,8), sendo que a média dos custos, incluindo médicos e farmácia, foi de \$18.511 e \$13.082 para os não aderentes e aderentes, respectivamente¹²⁸.

Assim, percebe-se a importância de um serviço farmacêutico clínico direcionado a esse grupo de pacientes, que consiga dar conta de todas as suas necessidades relacionadas à farmacoterapia e que, para isso, considere a sua condição clínica, familiar, social e econômica. Esse panorama evidencia a necessidade de qualificar

esse acesso, uma vez que o medicamento por si só não garante a efetividade terapêutica, nem a melhora/manutenção da qualidade de vida da população. Segundo Ramalho de Oliveira (2011), “é preciso garantir a utilização adequada que conduza aos melhores resultados possíveis para o paciente e para a sociedade”.

Nesse contexto, insere-se o “*pharmaceutical care*”, traduzido no Brasil como Atenfar, o qual surge a partir de uma demanda social, possui um método centrado no paciente e tem como núcleo central o cuidado com e para os outros através do desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica⁵⁴.

O SFT, foco desse trabalho, é o serviço farmacêutico clínico mais complexo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas com o medicamento em colaboração com o paciente e com os demais profissionais do sistema de saúde, com o objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente. Esse serviço é fornecido de forma contínua, sistematizada e documentada e visa à obtenção da máxima efetividade dos tratamentos farmacológicos, bem como, busca reduzir os riscos associados ao uso de medicamentos e, portanto, melhorar a segurança da farmacoterapia, contribuindo para o uso racional de medicamentos⁶⁸.

Alguns trabalhos relatam que a presença do farmacêutico na equipe multidisciplinar promove um benefício clínico para pacientes com DP, acarretando melhora na qualidade de vida e, por isso, é considerado uma valiosa ferramenta para o cuidado de indivíduos com Parkinson^{129,130}.

Dessa forma, diante do benefício que o SFT representa para pacientes com DP, em virtude de toda a complexidade da doença e tratamento, o presente estudo tem como objetivo analisar o efeito do SFT sobre qualidade de vida, sintomas motores, PRM e na adesão desses pacientes e descrever as principais necessidades dos pacientes e intervenções farmacêuticas realizadas.

4.3 PACIENTES E MÉTODOS

4.3.1 Desenho do estudo:

Estudo quase-experimental pré e pós intervenção com duração de seis meses (de outubro de 2012 a abril de 2013).

4.3.2 Âmbito do estudo

Ver Capítulo 3.

4.3.3 Seleção da amostra

Ver Capítulo 3.

4.3.4 Método de Seguimento Farmacoterapêutico

O método proposto para realizar o Seguimento Farmacoterapêutico foi baseado no raciocínio clínico, para o qual foram utilizadas concepções dos métodos PW⁶⁵ e Dáder⁶⁸, sendo que na anamnese e construção da história farmacoterapêutica foi elaborado um formulário que mescla os instrumentos utilizados pelos dois primeiros métodos (APÊNDICE 1). Para o registro das consultas foi utilizado o método SOAP⁷³. Na consulta inicial também foi elaborado o genograma^{79,80} e ecomapa^{81,82,83}.

Um traço do atendimento prestado e que faz referência ao método PW foi a abordagem centrada no paciente junto ao qual o farmacêutico pactua as necessidades e metas terapêuticas a partir das preocupações e necessidades em saúde do paciente, sendo que as intervenções farmacêuticas foram sempre baseadas nas melhores evidências disponíveis, o que aproxima o raciocínio clínico ao modelo biomédico, característico do método Dáder⁷².

As etapas desenvolvidas durante o processo de cuidado farmacêutico foram: avaliação inicial, desenvolvimento do plano de cuidado e avaliação dos resultados, sendo que essas ocorrem de forma cíclica e o cuidado somente estará completo quando as três

etapas forem cumpridas. A *Avaliação inicial* tem como objetivo determinar se as necessidades farmacoterapêuticas do paciente estão sendo atendidas e se existe algum resultado clínico negativo associado ao uso de medicamentos. No *Plano de cuidado* determina-se com o paciente a melhor forma de controlar e/ou resolver os problemas identificados e garantir que os objetivos terapêuticos para cada problema de saúde sejam alcançados. Por fim, na *Avaliação dos resultados* verifica-se o alcance das metas terapêuticas estabelecidas no plano de cuidado, avalia-se o surgimento de algum novo PRM e marca-se um novo encontro dando continuidade ao processo⁶⁷.

Durante as consultas farmacêuticas, a atenção estava voltada para as necessidades do paciente e para a formação do vínculo que, por meio de diálogo, foi a base para a construção de uma relação de confiança, primordial para a elaboração de um plano terapêutico onde o paciente foi protagonista do seu cuidado. Buscou-se compreender as experiências vividas pelo paciente com relação a sua medicação e como o mesmo visualizava o seu processo de saúde/doença; foi abordado o indivíduo de maneira integral, buscando entender questões sociais e familiares que poderiam estar contribuindo ou dificultando a terapêutica.

4.3.5 Principais desfechos analisados

Os desfechos analisados no presente estudo foram: qualidade de vida, controle dos sintomas motores, resolução de PRM e adesão, todos verificados antes e após seis meses de SFT.

- *Qualidade de vida*: foi medida aplicando-se o PDQ-39 antes e após seis meses de SFT ao paciente. O PDQ-39 é um questionário específico para DP utilizado para verificar a qualidade de vida. É composto por 39 questões distribuídas em oito domínios: mobilidade (dez itens); atividades de vida diária (seis itens); bem-estar emocional (seis itens); suporte social (três itens); desconforto corporal (três itens); estigma (quatro itens); cognição

(quatro itens); e comunicação (três itens). Este instrumento apresenta satisfatória consistência e validade interna, fácil aplicação e possui versão validada para o português falado no Brasil, embora não aborde algumas áreas relevantes, como o distúrbio do sono e disfunção sexual^{84,85,131}.

- *Avaliação dos sintomas motores*: A verificação da sintomatologia foi feita mediante o relato do paciente e/ou cuidador e observação do farmacêutico na primeira, terceira e sexta (última) consultas. Considerou-se estado controlado, quando o paciente não manifestava seu principal sintoma motor (tremor ou rigidez), o qual estava controlado pelo tratamento; estado não controlado, quando o paciente manifestava o sintoma e, incerto quando outros fatores estavam envolvidos impossibilitando a observação.
- *Resolução de PRM*: a classificação dos PRM foi feita de acordo com Cipolle, Strand e Morley (2004), sendo a sua identificação feita ao longo dos seis meses durante as consultas de SFT e a resolução pautada no raciocínio clínico e na filosofia da AtenFar.
- *Adesão*: foi medida através da entrevista clínica (perguntas abertas; durante entrevista) e pelo questionário de Morisky-Green-Levine (auto-relato respondendo a perguntas fechadas)⁸⁷. A observação da adesão por perguntas abertas durante a consulta foi feita em dois momentos: na primeira e na sexta (última) consultas. Pelo questionário de Morisky-Green-Levine, em três momentos: primeira, terceira e sexta consultas.

4.3.6 Intervenção farmacêutica

Após o aceite, o próximo passo antes do início do SFT foi entrar em contato com os médicos responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de DP para que lhes fosse apresentado o serviço. Para tanto, contatou-se com os profissionais responsáveis pelo maior número de pacientes cadastrados na FE (9 médicos cuidavam de 65% dos pacientes

atendidos). Em caso de necessidade, entrar-se-ia em contato com os demais. A forma eletrônica foi escolhida em virtude da dificuldade geográfica e de tempo, apesar de entender que esta não é a maneira mais adequada para a construção de vínculo.

As intervenções foram feitas junto ao paciente e/ou cuidador e, quando necessário, com o prescritor por meio de carta de referência ao médico, geralmente encaminhada via e-mail. As intervenções aos pacientes foram realizadas, na sua grande maioria, por meio de materiais educativos impressos e por escrito, a fim de melhorar o entendimento dos mesmos acerca das orientações fornecidas nas consultas farmacêuticas, uma vez que grande parte deles apresenta um déficit cognitivo em decorrência da progressão da doença². A carta de referência ao médico, quando necessária, foi redigida sempre baseada na melhor evidência disponível, através da busca em base de dados como Pubmed, Cochrane, Bireme, Micromedex, entre outras.

Com relação ao objetivo da intervenção, apesar da seleção dos pacientes ter ocorrido pelo diagnóstico de DP, o olhar do farmacêutico se deu pela necessidade farmacoterapêutica e não-farmacoterapêutica de todas as patologias apresentadas pelo paciente, ou seja, o foco foi melhorar a sua qualidade de vida, atuando para isso na integralidade do cuidado em saúde.

As informações sobre o tratamento medicamentoso em uso foram adquiridas por meio das receitas médicas, relato do paciente e/ou cuidador e a sacola de medicamentos (no momento do aceite foi solicitado aos pacientes ou cuidadores que trouxessem na primeira consulta todos os medicamentos em uso pelo paciente). Para cada medicamento se perguntou sobre modo de uso, indicação (posologia, dose, tempo de uso), resposta esperada, sintomas após tomada, quem prescreveu.

Na DP, por esta não apresentar um parâmetro bioquímico ou marcador definidos, o monitoramento se dá pela observação da

sintomatologia. Assim, a avaliação da efetividade e segurança do tratamento foi feita por meio do recordatório farmacêutico associado ao diário farmacoterapêutico (APÊNDICE 2)¹³², o qual foi entregue na primeira consulta. O Diário Farmacoterapêutico é um instrumento muito importante no SFT para pacientes com DP pois com ele é possível fazer a avaliação da efetividade e segurança farmacológica real de cada paciente. Nele o paciente/cuidador deveria descrever os horários das administrações de medicamentos, a presença de rigidez, bradicinesia ou tremores e outros sintomas e/ou reações adversas apresentadas.

Além disso, o diário apresenta um espaço para o usuário fazer um recordatório alimentar. Na primeira consulta também foram entregues folhetos, contendo informações sobre os medicamentos para DP utilizados por eles, de acordo com medicamento utilizado pelo paciente, e sobre a enfermidade (APÊNDICE 3). Também foi foco de avaliação e atuação o acesso aos medicamentos e o estilo de vida do paciente com DP.

Para usuários que possuíam dificuldade de adesão foi estimulado o uso de despertador e confeccionada tabelas contendo os medicamentos em uso (APÊNDICE 4), informações referentes a eles, bem como seus respectivos horários de administração, sendo estes pactuados junto com o paciente, respeitando as particularidades dos medicamentos. A cognição foi avaliada, aplicando-se o MEEM⁸⁶ (ANEXO 2), sendo este aplicado na primeira consulta e somente nos casos em que se teve a presença o próprio paciente na consulta.

Para auxiliar nas intervenções buscou-se conhecer as associações do município de Florianópolis que prestam apoio a esses pacientes e a seus familiares/cuidadores, a fim de verificar quais atividades são oferecidas e como encaminhá-los quando se fizesse necessário. Assim, foram entregues folhetos contendo informações e cronogramas das atividades da Associação de Parkinson de Santa Catarina (APASC), a qual, disponibiliza gratuitamente em parceria

com a UFSC, atividades físicas, fonoaudiólogos e ações direcionadas a estimular o auto-cuidado e a melhor convivência dos pacientes e familiares com a doença (APÊNDICE 5).

Outras intervenções foram feitas de acordo com a necessidade de cada paciente, podendo ser na forma escrita ou verbal: orientações para melhorar a constipação e higiene do sono, controle de pressão arterial e glicemia, tabela de alimentos ricos em proteínas, entre outras.

4.3.7 Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada usando-se o Programa SPSS para Windows versão 15.0. Análise descritiva (média±desvio padrão) e frequência (expressa em porcentagem (%)). Para o cálculo de associação entre 2 médias inter e intra grupos aplicou-se o Teste t de student, para associação de variáveis categóricas o Teste qui-quadrado (χ^2) de Fisher e para comparar uma variável categórica com a média de outra, usou-se o Teste ANOVA de um fator. Medida de acordo de Kappa para analisar a concordância entre o teste de adesão Morisky-Green-Levine e o SFT. Intervalo com 95% de confiança, valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

4.3.8 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Parecer nº 1963/2011.

4.4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 70 pacientes e cuidadores que participaram do SFT, 78,6% completaram os seis meses de SFT, sendo que o principal motivo de saída dos demais foi por desistência (10%), seguido de

morte (5,7%). No que se refere às mortes, das quatro, três ocorreram como consequência direta ou indireta da DP. Na tabela 2 encontram-se os dados demográficos da população estudada.

Tabela 2 - Dados demográficos dos indivíduos com DP atendidos pelo CEAF em Florianópolis que fizeram parte do estudo (N=70)

Sexo	Masculino: 64,3% Feminino: 35,7%
Idade média	69,4±11
Estado civil	Casado: 65,7% Solteiro: 5,7% Viúvo: 18,6% Separado: 10%
Tipo do acompanhamento médico	Público: 22,9% Privado: 62,9% Misto: 14,2%
Cor declarada	Branca: 85,7% Negra: 5,7% Parda: 8,6%
Capacidade produtiva	Aposentados: 82,9% Ativos: 12,9% Do lar: 4,3%
Escolaridade	Analfabeto: 5,7% 1-3 anos: 7,1% 4-8 anos: 21,1% Mais que 8 anos: 55,7%

Foram realizadas 377 consultas farmacêuticas, as quais ocorreram mensalmente durante seis meses e totalizaram 186 horas, com uma média de 2,6 horas/paciente. A média de consultas por paciente foi de 5,4±1,6, com uma média de tempo em minutos de 29,6±10,4 por consulta, sendo que na primeira consulta a média foi de 52,3±12,6 e as demais 25,0±8,2. Percebeu-se durante o período de SFT que o número de consultas necessárias para resolver o problema farmacoterapêutico variou bastante de acordo com cada paciente.

Na Tabela 3 está representada a distribuição de consultas por número de pacientes.

Tabela 3 - Distribuição das consultas de SFT realizadas por número de pacientes (n=70)

Nº de consultas	Nº pacientes (%)	% acumulada
1	3 (4,3%)	4,3%
2	5 (7,1%)	11,4%
3	3 (4,3%)	15,7%
4	1 (1,4%)	17,1%
5	3 (4,3%)	21,4%
6	51 (72,9%)	94,3%
7	2 (2,9%)	97,2%
8	2 (2,9%)	100 %
Total	70 (100%)	

Quatro pacientes, devido a piora clínica no momento do término do SFT, permaneceram em atendimento farmacêutico até o reestabelecimento da sua condição clínica, sendo que os dados dessas consultas não foram computados no presente estudo. Cabe ressaltar que isso foi feito apenas nos casos mais graves que necessitavam de intervenção e monitoramento urgentes, não sendo possível para todos por se tratar de um projeto de pesquisa que possui prazos para sua finalização.

Com relação ao número de consultas com neurologista durante o período de SFT, estas variaram de nenhuma à três, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 - Número de consultas com neurologista durante o período de SFT

Consultas ao neurologista	N (%)
0	18 (25,6%)
1	25 (35,6%)
2	21 (30%)
3	6 (8,8%)

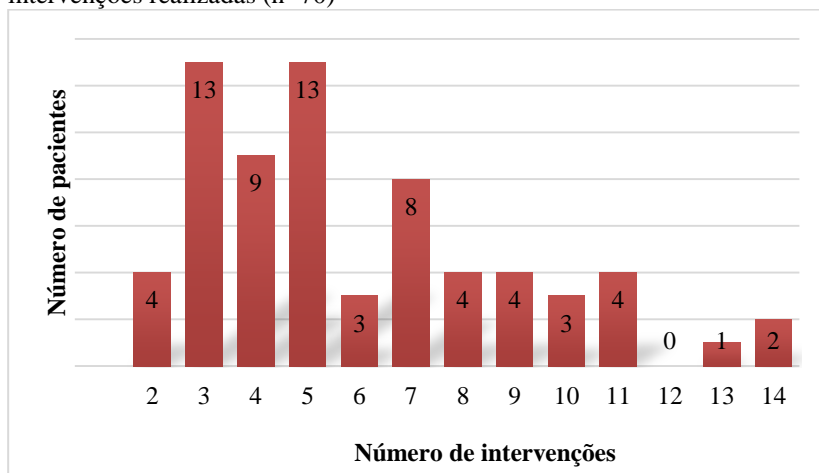
É importante destacar que esse número apresenta um viés, uma vez que todos os pacientes que compõem a amostra retiravam seus medicamentos no SUS através do Componente Especializado da

Assistência Farmacêutica (CEAF) e o acesso a esses medicamentos pelo CEAF ocorre mediante a abertura de um processo, cujo gerenciamento é feito pela Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF/SES/SC), sendo que, após este ser deferido, o paciente precisa renová-lo a cada três meses. Este procedimento faz com que o paciente mantenha uma frequência alta de consultas com o médico, que na amostra era a maioria com neurologistas, pois para que o processo permaneça ativo é necessário alguns documentos que são emitidos pelo prescritor.

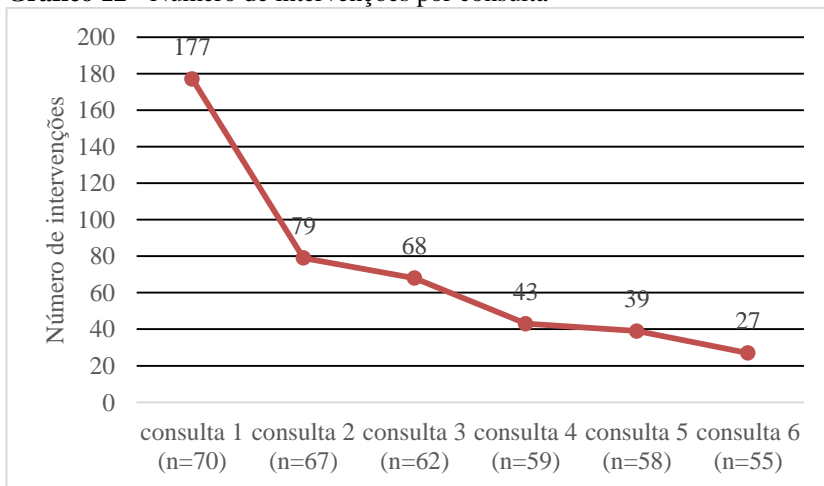
4.4.1 Intervenções

Foram realizadas 404 intervenções farmacêuticas durante o período de SFT, com uma média de $5,8 \pm 3,1$ intervenções/paciente, sendo que destas 69,1% foram aceitas com melhora em 76,3% dos casos. É importante lembrar que 15 pacientes não completaram o SFT (Tabela 3), o que pode subestimar os números de intervenções necessárias por paciente ao longo dos seis meses. No Gráfico 11 encontra-se demonstrada a estratificação do número de intervenções e o número de pacientes que as receberam.

Gráfico 11 - Distribuição da amostra de acordo com o número de intervenções realizadas (n=70)



Verifica-se que existe uma grande diferença entre os pacientes com relação ao número de intervenções recebidas, as quais variam de uma a 14 ao longo de seis meses, sendo que a metade dos pacientes (35) recebeu entre duas a cinco intervenções. Quando se observa a distribuição das intervenções ao longo do período de SFT (Gráfico 12), nota-se que há um declínio no número de intervenções com o tempo, o que já é esperado, sendo que 43,8% das intervenções ocorreram na primeira consulta.

Gráfico 12 - Número de intervenções por consulta

Foram analisados alguns fatores que poderiam estar associados com o número de intervenções, entre eles: idade, sexo, tempo de diagnóstico, qualidade de vida e cognição. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre número de intervenções quanto ao sexo e o nível de cognição.

Com relação à idade, a amostra foi estratificada em <60, entre 60 e 70 e >70 anos e encontrou-se uma redução estatisticamente significativa no número de intervenções para pacientes com idade superior a 70 anos ($p=0,018$). Portanto, neste caso, a relação entre a idade e o número de intervenções necessárias por paciente com DP que estavam em SFT foi inversamente proporcional.

Para verificar a associação entre qualidade de vida e número de intervenções, foram feitos, hipoteticamente, três pontos de corte no PDQ-39: <25, entre 25-50 e >50, para os quais, considerou-se alta, média e baixa qualidade de vida, respectivamente. Encontrou-se

associação significativa ($p=0,055$) apenas no domínio estigma^d, para o qual indivíduos que apresentaram PDQ-39 entre 25 – 50 (qualidade de vida moderada) necessitaram maior número de intervenções.

Com relação ao tempo de diagnóstico, houve associação positiva com número de intervenções ($p=0,022$), sendo que pacientes que apresentam diagnóstico de DP de até 2 anos e entre 5 a 10 anos requerem maior número de intervenções. Pode-se justificar esta observação pelo fato de que são dois períodos críticos na vida do paciente com DP. Logo após o diagnóstico (até 2 anos), os pacientes experimentam um período de adaptação e aceitação do diagnóstico, devido ao desconhecimento sobre a doença e seu tratamento, o que requer um maior número de intervenções do profissional de saúde. Esse período pode ser acompanhado, muitas vezes, por fenômenos de natureza psicológica, como o sofrimento emocional devido à possível trajetória de perda de autonomia e exclusão social, o que leva a estigmatização do paciente¹³³. Isso pode levar a não aceitação da doença o que pode contribuir para uma não adesão, o que traria com consequência maior número de intervenções. Porém, essa relação entre a associação do diagnóstico recente e piora no domínio relativo ao estigma com o aumento no número de intervenções não foi estatisticamente significativa.

Já no período entre 5 a 10 anos iniciam-se as complicações relativas ao tratamento e progressão da doença, as quais requerem constantes ajustes nas doses dos medicamentos antiparkinsonianos. Segundo Goodman, Gilman, Brunton (2006), apesar de levodopa ser o medicamento mais eficaz para o alívio sintomático da DP, sendo assim o mais utilizado, 75% dos pacientes apresentam complicações graves após 5 anos de tratamento, tais como flutuações motoras e

^dEstigma é descrito como um sinal ou uma marca que designa o portador como “deteriorado” e, portanto, menos valorizado do que as pessoas “normais” (Ronzani e Furtado (2010).

discinesias que podem ser tão incapacitantes quanto os próprios sintomas da doença.

As intervenções foram realizadas majoritariamente com os pacientes (73,8%), seguido dos cuidadores (15,6%), sendo que um pequeno número foi necessário contatar com o médico (4%), conforme demonstrado na Tabela 5. Isso se explica pela natureza das intervenções, as quais foram, predominantemente, relacionadas a mudança comportamental: orientação sobre o tratamento não farmacológico (28,5%), orientação sobre tratamento farmacológico (24,3%) e aprazamento (13,6%), como pode ser verificado na Tabela 6.

Tabela 5 - Número de intervenções feitas de acordo com o ator envolvido (se médico/paciente/cuidador/familiar)

Realizada com	n (%)	Aceitas* n (%)	Melhora n (%) [‡]	p(entre intervenções aceitas e melhora)
Paciente	298 (73,7)	209 (70,1)	163 (78,0)	<0,001
Cuidador	63 (15,6)	44 (69,8)	29 (65,9)	<0,001
Familiar	27(6,7)	20 (74,1)	16 (80,0)	<0,001
Médico	16 (4,0)	6 (37,5)	5 (83,3)	<0,001
Total	404	279 (69)	213 (76,3)	<0,001

*O aceite diz respeito às condutas tomadas pelo médico, paciente e cuidador ou familiar após a intervenção farmacêutica, sendo que foram consideradas aceitas quando essas coincidiram integralmente com as sugestões feitas pelo farmacêutico. [‡]% de melhora em relação às intervenções aceitas.

Das 404 intervenções feitas, 279 foram aceitas e, destas, 213 resolvidas ($p<0,001$). Em relação à aceitação das intervenções feitas, somente as dirigidas aos médicos não apresentaram diferença estatisticamente significativa, pois de 16 feitas, somente 6 foram aceitas, mas destas, 5 (76,3%) tiveram suas causas resolvidas (melhora do quadro clínico).

Tabela 6 - Intervenções farmacêuticas realizadas, aceitas e resolvidas por conduta (n=404)

CONDUTA	n(%)	Aceitas n(%)	Melhora n(%)
Orientação tratamento não farmacológico	115 (28,5)	74 (64,3)	53 (71,6)
Orientação tratamento farmacológico	98 (24,4)	72 (73,5)	60 (83,3)
Aprazamento	55 (13,6)	49 (89,1)	33 (67,3)
Orientação sobre DP	49 (12,1)	36 (73,5)	30 (83,3)
Encaminhamento para especialistas	17 (4,2)	8 (47,1)	4 (50,0)
Educar para mudança de hábito	13 (3,2)	10 (76,9)	7 (70,0)
Adição de novo medicamento*	12 (3,0)	6 (50,0)	4 (66,7)
Orientação quanto ao acesso medicamentos	11 (2,7)	4 (36,4)	3 (75,0)
Suspensão de medicamento	10 (2,5)	6 (60,0)	6 (100,0)
Orientação sobre outra patologia	7 (1,7)	5 (71,4)	4 (80,0)
Mudança de medicamento	6 (1,5)	2 (33,3)	2 (100,0)
Orientação quanto ao uso do medicamento	5 (1,2)	4 (80,0)	4 (100,0)
Mudança de dose	3 (0,7)	3 (100,0)	3 (100,0)
Mudança de Forma Farmacêutica	3 (0,7)	0 (0,0)	-
TOTAL	404	279	213

*Encontra-se aglutinado a indicação farmacêutica (medicamentos isentos de prescrição) e a sugestão ao médico para acréscimo de um novo medicamento à pauta terapêutica.

A intervenção foi considerada aceita pelo prescritor quando este modificou a conduta, contudo, como não houve a possibilidade de diálogo com todos os prescritores, a análise desta aceitação é limitada. As intervenções menos aceitas foram relativas à mudança de forma farmacêutica (das três, nenhuma foi aceita) e de medicamento (das seis, apenas duas foram aceitas). Essa baixa colaboração entre médico e farmacêutico é apontado em outros estudos como sendo responsável por falhas no processo de cuidado do paciente, sendo que relações mais cooperativas em que ambas as partes estejam cientes e concordem com as atividades de cada profissional podem facilitar a mudança de prática em farmácias comunitárias^{134,135}. Para isso ser ajustado, requer a criação uma relação de confiança entre os profissionais, o que necessita tempo, não sendo possível em um período de seis meses, ou em uma intervenção pontual.

Das intervenções direcionadas aos pacientes e cuidadores ou familiares, as relativas ao acesso aos medicamentos e encaminhamento a outro profissional de saúde são as que apresentaram menor aceitação, 36,4% e 47,1% respectivamente. Segundo Cabral e colaboradores (2011)¹³⁶ os caminhos percorridos pelos pacientes na busca por cuidado em saúde, também chamado de itinerário terapêutico, não resulta unicamente da facilidade ou dificuldade no acesso. Trata-se de escolhas que traduzem construções subjetivas do processo de adoecimento, aliado a questões culturais, sociais e econômicas as quais o paciente está submetido. Assim, é de responsabilidade do profissional de saúde informar e educar, porém a decisão final de aceitar a intervenção ou não, cabe sempre ao paciente.

Com relação aos problemas de saúde que possuíam alguma necessidade farmacoterapêutica identificada pelo farmacêutico, esses se encontram ilustrados na Tabela 7 com seu respectivo número de intervenções realizadas, aceitas e com melhora no quadro clínico.

Tabela 7 - Intervenções feitas, aceitas e resolvidas por problema identificado (condição clínica)

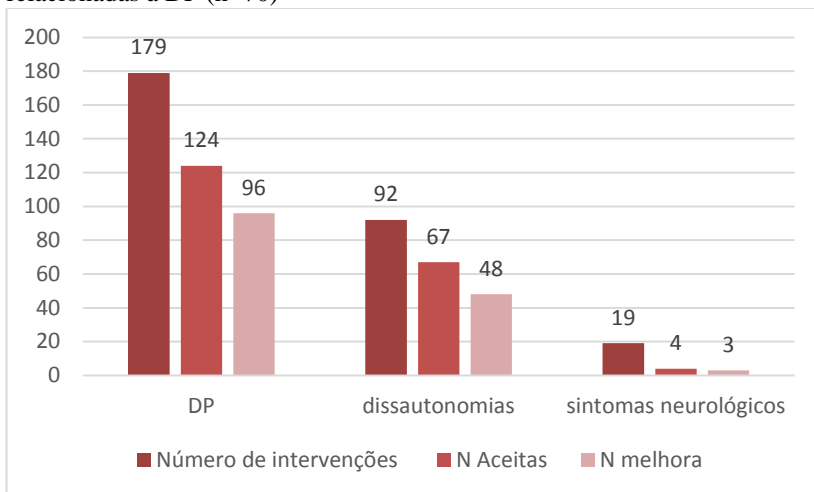
Condição clínica	n (%)	Aceitas n (%)	Melhora n (%)
Doença de Parkinson	179 (44,4)	124 (69,3)	96 (77,4)
Distúrbio Autossômico	92 (22,9)	67 (72,8)	48 (71,6)
Não adesão*	50 (12,5)	33 (66,0)	27 (81,8)
Sintomas neurológicos	26 (6,4)	9 (34,6)	8 (88,9)
Dislipidemia	14 (3,5)	10 (71,4)	8 (80,0)
Diabetes Mellitus	10 (2,5)	9 (90,0)	6 (66,7)
Dor	8 (2,0)	8 (100,0)	5 (62,5)
Tontura	5 (1,2)	4 (80,0)	3 (75,0)
Artrose	4 (1,0)	4 (100,0)	3 (75,0)
Problema cardíacos	2 (0,5)	2 (100,0)	2 (100,0)
Edema	2 (0,5)	2 (100,0)	2 (100,0)
Saúde do cuidador	2 (0,5)	1 (50,0)	0
Tabagismo	2 (0,5)	1 (50,0)	0
Bronquite	1 (0,2)	0	-
Cicatrização	1 (0,2)	1 (100,0)	1 (100,0)
Diarréia	1 (0,2)	1 (100,0)	1 (100,0)
Gripe	1 (0,2)	0	-
Hipertensão Arterial Sistêmica	1 (0,2)	1 (100,0)	1 (100,0)
Infecção do trato urinário	1 (0,2)	0	-
Micose	1 (0,2)	1 (100,0)	1 (100,0)
Visão	1 (0,2)	1 (100,0)	1 (100,0)
	404	279	213

* A adesão foi considerada objetivo de intervenção quando não estava vinculada a uma única condição clínica específica.

Com relação a DP, aqui somadas a DP propriamente dita e os sintomas não motores (distúrbio autossômico e sintomas neurológicos), 73,5% das intervenções estavam a ela relacionada, das quais, 67,3% foram aceitas, resultando na melhora de 76% dos

pacientes. Dentre as intervenções para DP estão aquelas que melhoraram o quadro clínico geral do paciente com DP, além das direcionadas especificamente aos distúrbios autossômicos e neurológicos, os quais estão representados no Gráfico 13.

Gráfico 13 - Número de intervenções feitas, aceitas e resolvidas relacionadas à DP (n=70)



As intervenções relativas à DP mais frequentes, conforme demonstrado na Tabela 8, referiram-se à orientação sobre DP (24,6%), orientação sobre tratamento farmacológico (23,5%), orientação sobre tratamento não farmacológico (20,1%) e aprazamento (20,1%). Percebe-se que as intervenções estavam mais vinculadas à mudança de comportamento do que necessariamente à alteração na pauta terapêutica (aprazamento).

Tabela 8 - Intervenções farmacêuticas realizadas, aceitas e resolvidas por conduta especificamente relacionadas à DP (n=70)

Tipo de intervenção	N (%)	Aceitas N(%)	Melhora N(%)
Orientação sobre DP	44 (24,6%)	34 (77,3%)	29 (85,3%)
Orientação tratamento farmacológico	42 (23,5%)	32 (76,2%)	27 (84,4%)
Orientação tratamento não farmacológico	36 (20,1%)	16 (44,4%)	15 (93,7%)
Aprazamento	36 (20,1%)	32 (88,9%)	18 (56,2%)
Encaminhamento para especialistas	6 (3,3%)	3 (50%)	1 (33,3%)
Orientação quanto ao acesso medicamento	5 (2,8%)	3 (60%)	2 (66,7%)
Mudança de hábito	3 (1,7%)	1 (33,3%)	1 (100%)
Mudança da posologia	3 (1,7%)	2 (66,7%)	2 (50%)
Suspensão de medicamento	2 (1,1%)	1 (50%)	1 (100%)
Mudança de medicamento	1 (0,55%)	0 (0%)	-
Avaliação de adição novo medicamento	1 (0,55%)	0 (0%)	-
Total	179	124	96

Foi possível identificar no SFT, algumas questões imprescindíveis para melhorar/manter a qualidade de vida desses pacientes, as quais não estavam sendo trabalhadas, na sua grande maioria, por nenhum profissional que os assistia, dentre elas pode-se destacar: autoconhecimento, empoderamento frente a doença e tratamento, estigma, participação em grupos de apoio, fortalecimento do cuidador/familiar, incentivo a tratamentos não farmacológicos e a uma vida saudável, etc. É importante ressaltar que pacientes que faziam parte da APASC (15,7% do total da amostra), possuíam as demandas acima citadas atendidas.

Segundo Navarro-Peternella e Marcon (2012), as intervenções dos profissionais de saúde devem ser individualizadas e pautadas em ações que representem a real necessidade do paciente e/ou cuidador, sendo que algumas questões são fundamentais de serem abordadas como orientações e informações sobre a doença, sua evolução e formas de enfrentamento⁹⁵. Sendo assim, qualquer programa de tratamento para indivíduos com DP deve buscar minimizar as limitações decorrentes da progressão da doença e procurar contribuir para a melhora ou manutenção da QV desses pacientes⁹⁷.

Observa-se um aumento importante no número de pacientes que iniciaram tanto atividades físicas como fisioterapia após SFT, tão importantes para preservar a motricidade. No início do SFT, 21 pacientes faziam fisioterapia e 37 alguma atividade física. Esse quantitativo teve um aumento estatisticamente significativo ($p < 0,001$) após o SFT, passando para 32 e 44, respectivamente.

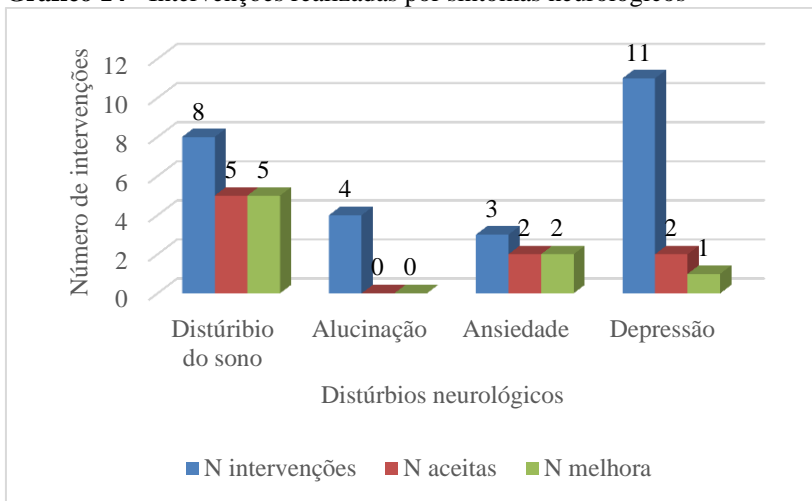
Segundo Carod- Artal, Vargas e Martinez-Martin (2007) a sialorréia, constipação, distúrbios sexuais (distúrbios autossômicos) podem ter um efeito negativo na qualidade de vida dos pacientes com DP⁹⁸. Dessa forma, melhorar essas condições clínicas é um ponto crucial a ser trabalhado durante o SFT, uma vez que, na sua imensa maioria, são necessárias apenas medidas não farmacológicas,

aprazamentos ou indicação farmacêutica. É importante destacar que alguns distúrbios autossômicos podem ser decorrentes tanto da evolução da DP, quanto de um efeito colateral dos medicamentos antiparkinsonianos. Na Tabela 9 estão ilustrados os sintomas autossômicos que foram foco de intervenção junto com a sua frequência e percentual de aceitação e respectiva melhora clínica.

Tabela 9 - Número de intervenções realizadas, aceitas e com melhora para os sintomas autossômicos (N=70)

Disautonomia	N intervenções (%)	N Aceitas	N melhora
Constipação	43 (46,6)	34 (79,1)	22 (64,7)
Disfagia	11 (12,0)	6 (54,5)	5 (83,3)
Disfunção gástrica	9 (9,8)	9 (100,0)	9 (100,0)
Disfunção sexual	3 (3,3)	0	-
Emagrecimento	1 (1,1)	1 (100,0)	-
Fala/voz	15 (16,3)	8 (53,3)	4 (50,0)
Hipotensão	7 (7,6)	7 (100,0)	7 (100,0)
Incontinência urinária	2 (2,2)	2 (100,0)	1 (50,0)
Sialorréia	1 (1,1)	0	-
Total	92	67	48

Outro grupo de sintomas, também responsável pelo prejuízo na qualidade de vida dos pacientes com DP, e que foram objeto de intervenção, são os sintomas neurológicos, cuja representação encontra-se ilustrada no Gráfico 14.

Gráfico 14 - Intervenções realizadas por sintomas neurológicos

Destaca-se aqui o distúrbio do sono, o qual é o segundo dos sintomas neurológicos em número de intervenções, sendo superado somente pela depressão. As principais intervenções para resolver os problemas relacionados ao sono foram a instituição de tratamento não farmacológico e aprazamento, sendo que 87,5% das intervenções foram realizadas junto ao paciente, com aceitação de 71,4% e com melhora em todos estes. O distúrbio do sono é apontado como um sintoma que afeta muitos pacientes com DP, de 60 a 98%^{29,115} e é responsável por uma piora considerável na qualidade de vida^{115,124}. Portanto, melhorar esse sintoma traz um importante benefício na vida dos pacientes.

4.4.2 Desfechos Primário e secundários

Na Tabela 10 encontram-se os principais desfechos clínicos encontrados após seis meses de SFT, os quais serão discutidos a seguir.

Tabela 10 - Principais desfechos clínicos verificados após seis meses de SFT

	Desfecho	Valor inicial	Após seis meses	<i>p</i>
QV	PDQ 39	Redução em todos os domínios		<i>*NS</i>
	PDQ39_3 (bem estar emocional)	39,12 ± 26,54	36,89 ± 27,56	0,012
Sintomas motores	Controlado	60%	58,6%	
	Não controlado	40%	22,9%	<i>NS</i>
	Incerto	0	18,6	
PRM	Resolução dos PRM	1,7±1,3	0,8 ± 0,9	<0,001
Adesão	SFT	37 não aderentes	10 não aderentes	0,001
	Morisky-Green-Levine	42 não aderentes	20 não aderentes	<i>NS</i>

**NS*: não significativo

4.4.2.1 Qualidade de vida

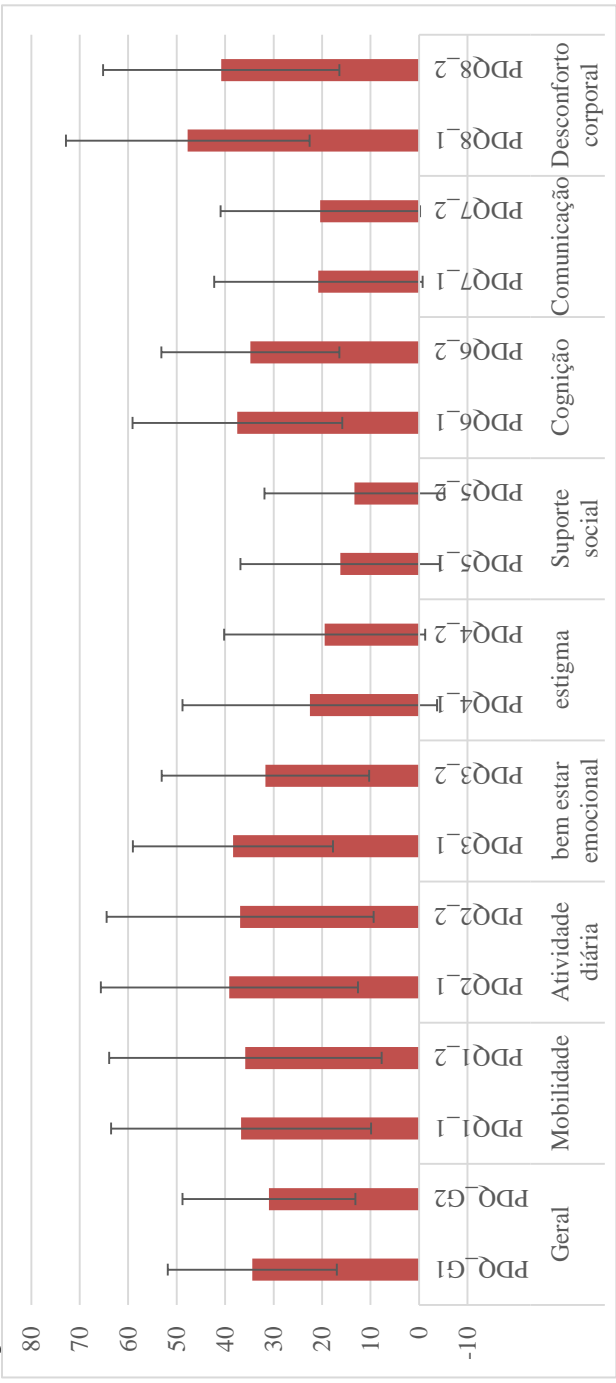
A QV de pacientes com DP é comprometida desde os primeiros sinais e sintomas da doença, sendo que a progressão da doença é considerada um fator determinante na piora da QV, uma vez que ocorre uma piora gradativa no desempenho em todas as atividades, sejam elas alterações motoras ou cognitivas, associadas ao aparecimento de complicações derivadas do tratamento¹³⁷.

Assim, devido à sua característica progressiva e crônica, a QV tem sido analisada como desfecho primário na DP⁹⁷, sendo então, nesse trabalho, considerado o desfecho clínico principal do SFT.

Observa-se que, após seis meses de SFT, todos os escores do PDQ-39 melhoraram, conforme representado no Gráfico 15, porém, somente o item relativo ao bem estar emocional (PDQ3) apresentou uma melhora estatisticamente significativa ($p = 0,012$).

Quando comparados os escores de PDQ G1 e G2 com adesão, cognição, idade, sexo, não se obteve correlação entre essas variáveis.

Gráfico 15 - Qualidade de vida dos pacientes com DP antes (PDQ_1) e após seis meses de SFT (PDQ_2). Valores expressos em média±DP (n=45)



* PDQ-G1 e G2 (escore geral = 39); PDQ_1 (dez itens); PDQ_2 (seis itens); PDQ_3 (seis itens); PDQ_4 (três itens); PDQ_5 (três itens); PDQ_6 (quatro itens); PDQ_7 (quatro itens); e PDQ_8 (três itens).

Apesar de ser um período curto de análise, seis meses entre uma verificação e outra, esses dados possuem um impacto clínico positivo, visto que, por se tratar de uma doença crônica neurodegenerativa, manter a percepção da QV dos pacientes em níveis considerados bons, é um dos grandes desafios a ser alcançado pelos profissionais de saúde durante a elaboração do plano terapêutico⁹⁵.

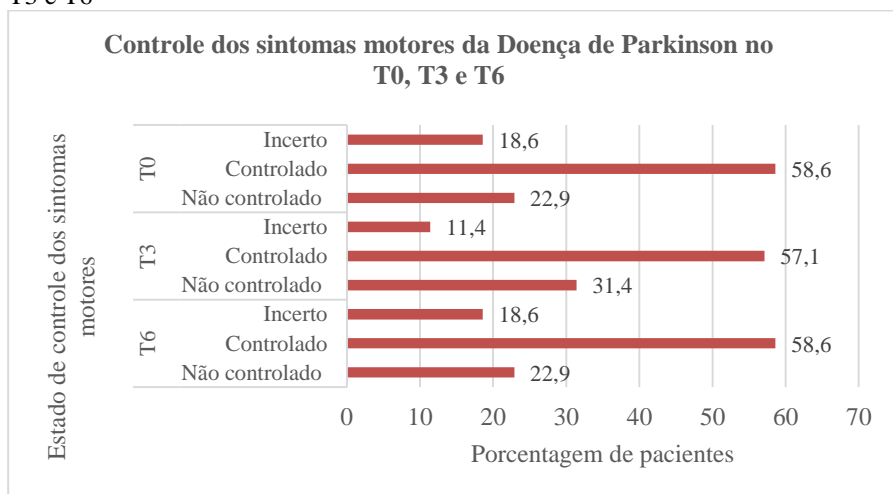
Várias experiências no Brasil têm apontado para um impacto positivo, inclusive humanístico, do SFT na vida dos pacientes⁶⁷, que pode ter sido traduzido nesse estudo na melhora do escore de bem estar emocional após início do SFT. Durante o processo de SFT, o paciente é visto como um indivíduo com direitos, conhecimentos e experiências e é tratado como um parceiro no planejamento do seu cuidado, sendo responsável pela tomada da decisão final acerca da conduta terapêutica⁵⁴. Essa relação horizontal entre farmacêutico/paciente cria um ambiente transparente de confiança e credibilidade necessário para a formação de vínculo e estabelecimento de uma aliança terapêutica. Associado a isso, o fato de o paciente ser considerado a figura central do cuidado farmacêutico dentro do seu contexto familiar e social, da sua singularidade, complexidade e subjetividade, permite um atendimento pautado na lógica do acolhimento. Essa forma de produzir cuidado em saúde pode ter contribuído na melhora do bem estar emocional do paciente com DP.

4.4.2.2. Sintomas motores

Outra maneira de avaliar os efeitos do SFT, embora bastante limitada devido à complexidade da doença e multiplicidade dos sintomas envolvidos, é pela observação apenas dos sintomas motores. O Gráfico 16 compara os estados de controle dos sintomas

motores, de acordo com relato do paciente ou cuidador e observação do farmacêutico, em três tempos: inicial (T0), após três (T3) e seis meses (T6) de consultas. É importante destacar que a amostra possui a mesma proporção de rigidez e tremores como sintoma motor predominante (50%).

Gráfico 16 - Controle dos sintomas motores dos pacientes em SFT no T0, T3 e T6



* Considerou-se incertos, quando houve dificuldade de avaliar, por exemplo: quando a consulta não foi feita com a presença do paciente ou quando o paciente estava próximo da tomada da outra dose do medicamento antiparkinsoniano. A avaliação considerou o tempo de tomada da última dose do antiparkinsoniano.

Percebe-se que o número de pacientes que possui os seus sintomas motores controlados é discretamente maior no início do SFT, porém houve um número considerável de pacientes que não foram avaliados. Percebe-se que o SFT não conseguiu avançar na melhora ou manutenção dos sintomas motores. Um importante fator que contribuiu para esta situação deve-se a ausência de medicamentos que melhorem de fato a progressão da doença, o que leva indubitavelmente à piora dos sintomas motores

Baseado nesses dados, fica evidente que os sintomas motores não são os únicos responsáveis pela piora na qualidade de vida dos pacientes com DP e que, não necessariamente, a piora motora gerará uma piora na qualidade de vida. Assim, as intervenções dos profissionais de saúde, incluindo o farmacêutico, devem ser amparadas na necessidade do paciente, visando a melhora na sua qualidade de vida.

4.4.2.3 Problemas Relacionados à Medicamentos (PRM)

Foram identificados 116 PRM durante o período de SFT, numa média de $1,7 \pm 1,3$ por paciente, sendo que 87,1% dos pacientes apresentou pelo menos 1 PRM no início do SFT. O número de PRM reduziu significativamente ($p < 0,001$) após as intervenções, de uma média de $1,7 \pm 1,3$ PRM ao início do SFT para $0,8 \pm 0,9$ ao final de seis meses.

Na Tabela 11 está representada a distribuição de PRM na amostra, de acordo com o tipo de PRM, número de ocorrência, média de intervenções e número de resolução. É importante ressaltar que alguns PRM identificados não sofreram intervenções do farmacêutico por dois motivos principais: (1) término do período de SFT, sendo que para alguns pacientes (os mais complicados, que requeriam a continuidade no SFT) se estendeu o período de seis meses, entretanto, isso não foi possível para todos, pois se tratava de um projeto de mestrado que necessitava ser finalizado; (2) retorno ao médico no mesmo mês, o qual já havia informado ao paciente que iria modificar a dose ou pauta terapêutica, conduta essa bastante comum na DP. E outros PRM foram identificados no momento do estudo, sendo assim, a intervenção seria feita no retorno, porém em alguns casos, no intervalo entre as consultas farmacêuticas, o ajuste já era feito pelo médico, não necessitando a comunicação com ele para a resolução do PRM.

Tabela 11 - Distribuição do tipo de problemas relacionados com medicamentos de acordo com a frequência, média de intervenções e número de resoluções

Tipo de PRM	Frequência (%)	Média de intervenção	Número de resolução (%)
Medicamento desnecessário	2 (1,7)	0	1 (50,0)
Necessidade de medicamento adicional	16 (13,8)	0,6	3 (18,7)
Medicamento inefetivo	3 (2,6)	0,3	3 (100,0)
Baixa dose	16 (13,8)	0,8	8 (50,0)
Reação adversa	19 (16,4)	0,8	13 (68,0)
Alta dose	17 (14,6)	0,6	8 (47,1)
Não adesão	43 (37,1)	1,6	20 (46,5)
Total	116 (100,0)		56
Nenhum PRM	9 (7,8)	0	0

Destaca-se que 7,8% dos pacientes não apresentaram PRM ao longo dos seis meses, ou seja, tinham todas as suas necessidades farmacoterapêuticas atendidas, isto é, indicação correta, medicamentos efetivos e seguros e paciente aderente ao tratamento. É importante ressaltar, que na DP a avaliação farmacoterapêutica é muito dinâmica e requer um monitoramento constante por se tratar de uma doença progressiva, cujo tratamento perde efetividade rapidamente em alguns casos e gera efeitos colaterais a longo prazo.

Os PRM mais recorrentes foram relativos a não adesão (37,1%) e à segurança (31%), seguidos dos relacionados à inefetividade (16,4%) e indicação (15,5%). Com relação aos PRM de efetividade, 84,2% eram devidos a subdoses, e os referentes à indicação, 88,9% necessitavam de medicamento adicional. Para Schröder e colaboradores (2011), as sub-dosagens podem estar relacionadas a prevenção de reações adversas relacionadas a medicamentos dopaminérgicos e os PRM relacionados à necessidade de medicamento adicional podem ter sua causa atrelada à

centralidade da prática clínica nos sintomas motores em detrimento dos sintomas não motores, os quais permanecem subestimados¹²⁹.

Com relação ao tipo e frequência de PRM identificados nos pacientes com DP, há uma escassez de estudos, sendo que os poucos apresentam dados bastante distintos, inclusive do referido trabalho, sendo que o método de análise diverge entre os estudos. Em estudo realizado em farmácias comunitárias identificou a necessidade de medicamento adicional (26,3%) como o PRM mais presente, seguido de reações adversas (12,4%), tempo de ingestão inadequada (10,0%), sub-dosagem (9,7%) e interações medicamentosas (9,4%)¹²⁹. Outro trabalho realizado em uma casa de cuidado geriátrico, a principal recomendação do farmacêutico foi a descontinuação de um ou mais medicamentos desnecessários (28%), seguindo de fornecimento de informação sobre a medicação (23%), ajuste do regime de doses (14%), prevenção ou manejo de reação adversa (12%) e recomendação de medicamento adicional (9%)¹³⁰.

As intervenções realizadas durante o SFT encontram-se ilustradas na Tabela 6, sendo que nem todas estão associadas a um PRM. Com relação aos desfechos, os PRM que apresentam um impacto positivo com as intervenções farmacêutica foram os relativos a não adesão (n= 43) com 46,5% e à reação adversa (n=13) com 68% (Tabela 11).

Evidencia-se que quando pensamos em SFT de um paciente com DP, por se tratar de uma doença complexa, não apenas com relação ao tratamento, mas também devido a toda alteração que gera do ponto de vista familiar, social e econômico, a resolução de PRM deve ser uma das metas do plano terapêutico do farmacêutico porém não a única. As intervenções do farmacêutico, como visto anteriormente, tiveram como foco melhorar a qualidade de vida dos pacientes e, dessa forma, muitas delas foram direcionadas a questões não farmacológicas, alterações comportamentais e de estilo de vida. É primordial que o foco do farmacêutico seja sempre a necessidade

em saúde que o paciente possui, de acordo com a sua expertise profissional.

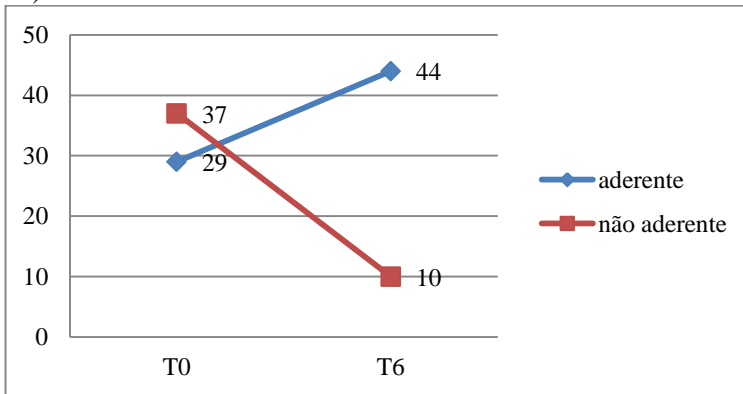
4.4.2.4 Adesão

Como visto anteriormente, a não adesão é o principal PRM identificado nos pacientes do estudo. Na DP o objetivo terapêutico é preservar a função motora e garantir ao máximo a qualidade de vida dos pacientes. Assim, compreender seu comportamento perante a tomada dos medicamentos é crucial para planejar mudanças de doses ou acréscimos de medicação coadjuvante, evitando, assim, a inclusão de medicações desnecessárias e/ou a interpretação errônea quanto à redução da mobilidade (considerando-a resultado da progressão da doença)^{120,125,138}.

Associado a isso, se encontram os prejuízos que a não adesão causa para a família e a sociedade^{123,125} e, dessa forma, otimizar a tomada dos medicamentos apresenta um potencial para melhorar a resposta ao tratamento, além de contribuir para a qualidade de vida de cuidadores e familiares de indivíduos com DP, bem como reduzir os gastos associados. Diante disso, torna-se necessário e urgente a conscientização do impacto da não adesão ao tratamento, sendo que o comprometimento dos profissionais de saúde e pacientes são fatores que contribuem para o aumento da adesão^{123,125,139}.

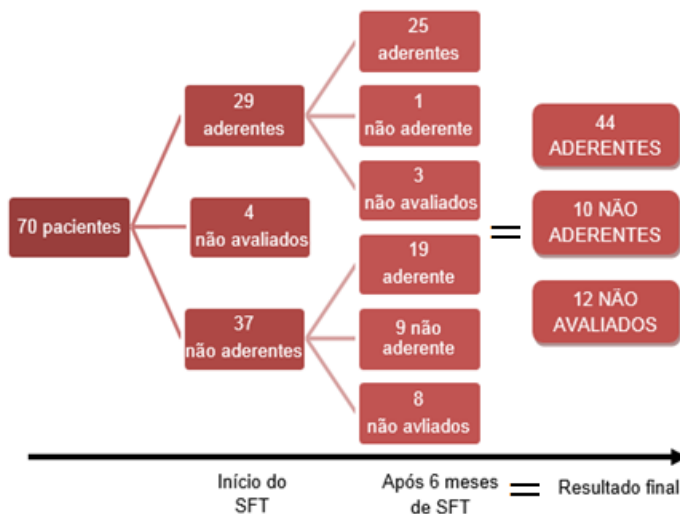
Quando avaliada a adesão pelo SFT, verificou-se uma redução no número de não aderentes de 37 para 10 pacientes ($p < 0,001$), conforme demonstrado no Gráfico 17.

Gráfico 17 - Avaliação da adesão no início e após seis meses de SFT (n=66)



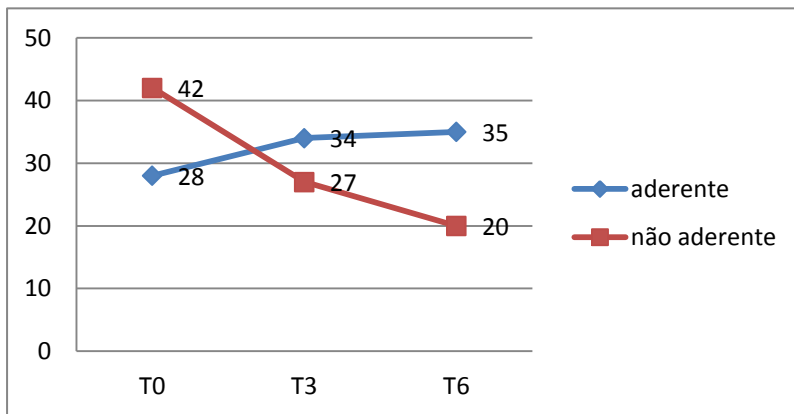
Para melhor entender o comportamento dos pacientes referente à adesão avaliada pelas consultas, estes foram estratificados ao longo do período do SFT, como pode ser observado na Figura 6. É importante ressaltar que não foi possível avaliar a adesão pós SFT de 12 pacientes (15,7%) porque saíram do SFT, e de outros quatro que no decorrer do SFT quem comparecia a consulta de SFT era geralmente um familiar que não era o responsável pela administração da medicação, e dessa maneira, se avaliada a adesão, poderia não ser fidedigna.

Figura 6 - Estratificação dos pacientes aderentes e não aderentes ao longo do SFT (n=70)



Quando avaliada pelo método de Morisky-Green-Levine, em três momentos (T0, T3 e T6), a adesão apresentou um aumento significativo apenas entre T0 e T3 de 26 para 34 pacientes aderentes ($p=0,005$), não havendo diferença estatisticamente significativa entre o início e após seis meses de SFT. A redução da amostra pode ser considerada um fator limitante para a análise estatística. Entretanto, podemos considerar esse dado relevante do ponto de vista clínico, apesar de a diferença entre os aderentes e não aderentes após SFT não ser estatisticamente significativa (35 e 20, respectivamente), uma vez que houve uma redução de 42 para 20 no número de pacientes não aderentes. No Gráfico 18 encontra-se representada a avaliação da adesão pelo método de Morisky-Green-Levine.

Gráfico 18 - Avaliação da adesão pelo método de Morisky-Green-Levine no tempo T0, T3 e T6 (n=70)



Chama a atenção as diferenças nos números de aderentes no final do SFT entre os dois métodos, apesar de ter sido encontrada concordância considerável (mas não alta) entre Morisky 1 e SFT 1, com valor kappa = 0,333 e nível de significância de 99% ($p = 0,007$) e, entre Morisky 3 e SFT 2 com valor de kappa 0,304 e nível de significância de 95 % ($p = 0,017$).

A diferença entre os resultados dos dois métodos reflete o modo que cada um considera o papel do paciente na sua terapêutica. O método de Morisky-Green-Levine avalia a ação passiva do paciente em aderir ao tratamento, sendo este visto como o simples ato de tomar o medicamento (*compliance*). Já a avaliação pelo SFT considera o paciente um ator ativo no processo de adesão, que vai além da simples ação de administrar o medicamento e as definições relacionadas à terapêutica devem sempre abranger a vontade do paciente em participar e colaborar com o seu tratamento^{140,141}.

Segundo MacLaughlin e colaboradores (2005), talvez o método mais prático para avaliar a adesão ao tratamento para a maioria dos pacientes idosos seja por meio de entrevistas aos pacientes ou cuidadores com perguntas abertas, não-ameaçadoras e livres de julgamento¹⁴². Assim, e percebendo a falta de concordância

entre as respostas para o questionário de Morisky-Green-Levine e o comportamento dos pacientes verificado durante as consultas, considerou-se como mais apropriado e confiável a avaliação da adesão pelo SFT.

Com base no anteriormente exposto, pode-se afirmar que o SFT promoveu um impacto positivo na adesão do paciente com DP. Durante o SFT percebeu-se que um dos fatores chaves para a melhora da adesão era o conhecimento acerca da doença e das consequências de não tomar os medicamentos na frequência adequada. Reforça-se, assim, a importância do paciente ser um parceiro ativo no processo de cuidado e de uma boa comunicação entre profissional de saúde e paciente, a qual é fundamental para uma prática clínica eficaz, e, conseqüentemente, para melhorar a adesão^{140,141}. Destacam-se aqui algumas causas para a não adesão desses pacientes, dentre elas a busca por outras formas de tratamentos ou cura que não possuíam nenhum fundamento científico (misticismo, crenças), além de testes que os mesmos realizavam com a medicação antiparkinsoniana, pois não verificavam efeitos positivos com o seu uso (complexidade do tratamento).

A adesão não é unicamente responsabilidade do paciente e é um dos fatores mais importantes considerado durante o SFT, ela é um fenômeno multidimensional determinado pela interação entre o sistema de saúde, a equipe de saúde, o tratamento, a doença, fatores socioeconômicos e relacionados ao paciente¹⁴⁰. Trabalhar a adesão por meio de uma relação horizontal entre paciente e farmacêutico e entender toda a sua complexidade é a chave para promover a sua melhora junto ao paciente.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade da doença e a ausência de parâmetros clínicos específicos para avaliar o controle da DP podem ser considerados fatores dificultantes para a avaliação do efeito do SFT na vida desses pacientes. Entretanto, no presente trabalho, esse desafio foi trabalhado e alcançaram-se resultados promissores. Os dados ajudam a traçar um perfil dos pacientes que mais necessitam ser encaminhados para o serviço de SFT: pacientes com diagnóstico recente ou entre cinco e 10 anos.

As intervenções farmacêuticas realizadas abrangeram todas as facetas da DP, tanto as relacionadas aos problemas devido ao uso de medicamentos, quanto aos problemas derivados da enfermidade. Em relação à qualidade de vida, as intervenções feitas contribuíram para sua melhora ou manutenção, principalmente no que se refere ao bem estar emocional, o que reflete não apenas o impacto clínico do serviço, mas também, o seu componente humanístico. As intervenções também se mostraram efetivas quanto à adesão. O fato de que a DP caracteriza-se por ser progressiva e, a possível interpretação de que a redução da mobilidade se deve à progressão da doença e não à baixa adesão ao tratamento, pode levar a decisões equivocadas quanto à conduta a ser tomada. Neste caso, as intervenções resultaram em melhora da adesão e, conseqüentemente, na QV dos pacientes.

Para alcançar os objetivos terapêuticos, tanto humanísticos como clínicos, as principais intervenções focaram-se nas mudanças comportamentais, as quais foram realizadas, na sua maioria, diretamente com o paciente. Destacam-se os distúrbios autossômicos, os quais não são avaliados no PDQ-39, e que representam um fator determinante na piora da qualidade de vida dos indivíduos com DP. Tomar decisões para melhorar esses sinais e sintomas é crucial no SFT, uma vez que, na sua maioria, são

necessárias medidas não farmacológicas, aprazamentos ou indicação farmacêutica para resolvê-los. Soma-se a isso, o fato de que esses sintomas são por vezes negligenciados pelo profissional médico, visto que a sua sobrecarga de trabalho leva-o a focar o seu atendimento nos sintomas motores.

Deste modo, quando se pensa em SFT para indivíduos com DP, o Farmacêutico precisa ter expertise que transcenda o seu saber técnico, voltado unicamente ao tratamento farmacológico. O farmacêutico deve ter conhecimentos clínicos e humanísticos, com um foco holístico, buscando uma atenção integral do indivíduo. É imprescindível que se trabalhe questões não farmacológicas, tão fundamentais nos sintomas não motores (distúrbios autossômicos e neurológicos) e que se compreenda toda a alteração na dinâmica pessoal, familiar e social que a DP gera, para que se consiga realizar um atendimento pautado realmente na lógica do acolhimento e na integralidade do cuidado. Somente assim o farmacêutico trará uma contribuição legítima na qualidade de vida desse indivíduo.

5 AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO RELACIONADO AO SERVIÇO FARMACÊUTICO POR CUIDADORES E PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON

5.1 RESUMO

Introdução: No Brasil, o serviço farmacêutico clínico é ainda “novo” e dessa forma torna-se indispensável a avaliação da satisfação do paciente a fim de verificar os efeitos de sua implementação e viabilidade a longo prazo, gestão da qualidade, bem como identificar áreas para melhoria. Assim, o objetivo desse trabalho é relatar e discutir o grau de satisfação de pacientes e cuidadores sobre o serviço farmacêutico ofertado a eles dentro de uma Unidade Escola vinculada ao SUS. **Metodologia:** A amostra foi composta por indivíduos com DP ou seus cuidadores que participaram do Serviço de Seguimento Farmacoterapêutico na Farmácia Escola UFSC/PMF num período de seis meses. Para medir o grau de satisfação utilizou-se o Questionário de Satisfação de Serviços Farmacêuticos (QSSF), o qual emprega uma escala de Likert, na qual, quanto mais próximo de 5, maior a satisfação com o serviço e para avaliar a percepção dos pacientes sobre o serviço farmacêutico clínico utilizou-se a técnica do grupo focal. **Resultados e discussão:** Do total de 55 pacientes/cuidadores que finalizaram o SFT, 52 responderam o QSSF. O Serviço Farmacêutico prestado na Farmácia Escola, de uma maneira geral, foi avaliado como muito bom ou excelente ($4,65 \pm 0,3$). O domínio referente aos serviços gerais da farmácia sugere que os pacientes apresentam um elevado grau de satisfação ($4,6 \pm 0,4$), principalmente relacionado com as habilidades interpessoais dos funcionários e com a prestação de informações. Um dos fatores que comprometem a qualidade do serviço prestado pela Farmácia está relacionado ao acesso aos

medicamentos. Com relação ao Serviço Farmacêutico Clínico, o QSSF revelou um elevado grau de satisfação dos pacientes ($4,7\pm 0,3$), sendo que as principais contribuições do SFT estão relacionadas com a melhora na adesão e ao empoderamento do paciente frente à doença e tratamento. Os pacientes/cuidadores apontam para a necessidade da continuidade desse serviço, bem como de sua ampliação para outros grupos de pacientes. O Grupo Focal trouxe os pontos mais humanísticos do SFT, ressaltando a relação farmacêutico-paciente como um dos pontos primordiais para o sucesso deste serviço. **Considerações finais:** Tanto o serviço prestado pela farmácia, quanto o serviço clínico, apesar de “novo”, foram bem avaliados, obtendo elevado grau de satisfação.

Palavras chaves: Serviço farmacêutico clínico, avaliação de satisfação

5.2 INTRODUÇÃO

Como parte integrante da Política Nacional de Saúde, a Assistência Farmacêutica e, dentro desta, os Serviços Farmacêuticos Clínicos, devem ser guiados pelos princípios doutrinários do SUS - universalidade, integralidade e equidade⁴⁹ - e ter suas ações pautadas na Política Nacional de Humanização¹⁴³. Os serviços clínicos inseridos nesse contexto, também chamados de cognitivos, possuem alto nível de complexidade, ao trabalhar com o cuidado centrado no paciente, considerando as suas concepções, subjetividades e especificidades bio-psico-sociais⁵⁰. Dessa forma, reconhecendo o paciente como protagonista do processo e por se tratar de um serviço “novo”, torna-se indispensável a avaliação da satisfação do paciente, como desfecho humanístico, a fim de verificar os efeitos de sua

implementação e viabilidade a longo prazo, gestão da qualidade e identificar áreas para melhoria¹⁴⁴.

A Farmácia Escola possui dois papéis primordiais nesse processo. O primeiro é assegurar que os conhecimentos teórico-práticos recebidos pelos alunos tenham aplicabilidade no contexto social em que irão se inserir, ou seja, formar profissionais para atuar nesse novo modelo de prática farmacêutica pautado na lógica do acolhimento, vínculo e com foco na produção de cuidado e nos resultados em saúde. O segundo é garantir que os serviços por ela prestados à população sejam de qualidade comprovada por meio de monitoramento e documentação¹⁴⁵. Assim implementar um serviço farmacêutico clínico em uma Farmácia Escola, com foco na avaliação da necessidade do paciente e sua satisfação, pode ser a chave para a proposição de modelos de serviços desenvolvidos a luz da prática e, para isso, é primordial entender a percepção dos pacientes a cerca desse serviço.

Dessa forma, os objetivos desse trabalho foram analisar o grau de satisfação, relatar e discutir as percepções de pacientes e cuidadores sobre o serviço farmacêutico clínico ofertado a eles dentro de uma Unidade Escola vinculada ao SUS que dispunha até então apenas do serviço de dispensação de medicamentos.

5.3 PACIENTES E MÉTODOS

5.3.1 Desenho do estudo

Para avaliação do impacto humanístico do Serviço Farmacêutico Clínico foi utilizada a combinação de abordagens qualitativa e quantitativa, possibilitando a investigação e compreensão de fenômenos voltados para a percepção, a intuição e a subjetividade que apenas o método quantitativo não contempla¹⁴⁶.

Para a avaliação qualitativa a metodologia escolhida foi a do grupo focal e por uma pergunta aberta ao final do QSSF e para a avaliação quantitativa utilizou-se o Questionário de Satisfação de Serviços Farmacêuticos (QSSF), traduzido e validado por Correr e colaboradores¹⁴⁷.

5.3.2 Âmbito da pesquisa

Ver Capítulo 2.

5.3.3 Questionário de Satisfação de Serviços Farmacêuticos

5.3.3.1 Seleção da amostra

O QSSF foi entregue a todos indivíduos com DP ou cuidadores que participaram do Serviço de SFT (ver Capítulo 2), sendo que foi aplicado na última consulta por uma terceira pessoa treinada que não possuía vínculo com o paciente/cuidador. É importante destacar que foi enfatizado aos participantes sobre o sigilo com relação as suas respostas.

5.3.3.2 Coleta de dados

O questionário é composto de 20 questões divididas em dois domínios: exposição agradável (estrutura da farmácia) e manejo da terapia (Serviço Farmacêutico), sendo que a esse instrumento foi acrescida uma questão aberta para algum comentário que o paciente/cuidador julgasse importante e que não havia sido contemplada nas questões objetivas. As questões devem ser respondidas a partir da seguinte premissa: “Como você classificaria...” (ANEXO 4).

A pontuação é calculada pela escala de Likert, sendo: 1 = ruim, 2 = regular, 3 = bom, 4 = muito bom e, 5 = excelente. Para cada domínio o escore total é calculado pela soma das respostas do usuário dividido pelo número de questões correspondentes. Assim,

quanto mais próximo de 5, maior a satisfação com o serviço e quanto mais próximo de 1, maior a insatisfação.

O primeiro domínio (exposição agradável) contém oito itens e agrupa questões referentes aos aspectos gerais do atendimento da farmácia, incluindo a aparência e a qualidade de atendimento da equipe, a disponibilidade do farmacêutico e sua relação com o paciente, qualidade de suas respostas e a cortesia e respeito de toda equipe da farmácia.

O segundo domínio (manejo da terapia) é formado por 12 itens, os quais incluem aspectos dos serviços cognitivos prestados pelo farmacêutico, mais fortemente relacionados à atenção farmacêutica, entre eles: o interesse, empenho e responsabilidade assumidos pelo farmacêutico na resolução de problemas do tratamento e melhoria/manutenção da saúde do paciente, a qualidade das orientações dadas pelo farmacêutico, a privacidade do atendimento e a disponibilidade de tempo para passar com o paciente.

Incluiu-se uma pergunta aberta ao final do QSSF: Por favor, deixe sua opinião, queixa, reclamação ou comentário.

5.3.4 Grupo focal

O grupo focal fez parte de um Trabalho de Conclusão de Estágio (TCE), cujo objetivo foi avaliar a percepção dos pacientes com Doença de Parkinson em relação a sua qualidade de vida e identificar a contribuição do Seguimento Farmacoterapêutico nesse processo. Os dados aqui apresentados referem-se somente à contribuição do Seguimento Farmacoterapêutico na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

A técnica de grupo focal baseia-se em uma conversa com um número reduzido de pessoas, de no mínimo seis e no máximo doze participantes, que tem como objetivo obter informações sobre uma área de interesse definida, enfocando opiniões representativas e

dominantes de um determinado grupo com características semelhantes¹⁴⁸.

5.3.4.1 Seleção dos participantes

A seleção dos participantes, seis indivíduos com DP, foi realizada de forma intencional pelas farmacêuticas que realizaram o SFT, uma vez que para a formação de um grupo focal um requisito indispensável é que os participantes representem o grupo que se quer estudar e, dessa forma, é necessário conhecer as características individuais de cada paciente. Assim, para se conseguir a formação de um grupo representativo, durante a seleção foram estabelecidas três categorias: pacientes com sintomas motores (um representante com tremor e outro com rigidez), pacientes com sintomas não motores e aqueles que apresentavam Bom Estado Geral (BEG), ou seja, indivíduos em que a DP estava controlada quando estavam sob o efeito do medicamento. Dentro dessas categorias, foram ainda definidos requisitos adicionais como: idade, tempo de diagnóstico e sexo. A Tabela 12 descreve os dados dos pacientes selecionados para o grupo focal.

Tabela 12 - Descrição das características dos participantes selecionados para o grupo focal

Indivíduo	Sexo	Idade	Tempo de diagnóstico	Sintomas motores	Sintomas não motores
A.D.P.	M	69	2 anos	Rigidez	Disfonia
A.C.S.	F	42	10 anos	Tremores e discinesias	Disfagia e distúrbios do sono
N.O.N.	M	61	4 anos	Bem Estar Geral	Distúrbios do sono
E.P.K.	M	70	8 anos	Rigidez	Disfagia, disfonia, sudorese, hipotensão, incontinência urinária e distúrbios do sono
M.C.M	M	67	3 anos	Rigidez	Disfagia
N.D.S	M	79	10 anos	Bem Estar Geral	Distúrbios do sono

5.3.4.2 Organização e desenvolvimento

Os participantes foram convidados a participar via telefone, sendo que um dia antes foram novamente contatados para confirmar a presença. O grupo focal contou com a participação de um moderador, um observador, um relator, um auxiliar e seis pacientes, sendo que nenhum dos presentes se conhecia ou possuía vínculo de amizade. O grupo focal teve duração aproximada de duas horas e na apresentação inicial todos os participantes foram informados e esclarecidos de que o áudio seria gravado e que seria realizada a sua relatoria. Para preservar a identidade dos participantes lhes foi solicitado que dissesse somente suas iniciais.

5.3.5 Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva dos dados (média±desvio padrão) usando-se o Programa SPSS para Windows versão 15.0.

Os dados qualitativos, tanto dos comentários descritos na pergunta aberta, quanto os relatos do grupo focal foram apresentados

na sua íntegra para ilustrar a avaliação e percepção dos pacientes sobre o serviço.

5.3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o Parecer nº 1963/2011.

5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 55 pacientes/cuidadores que finalizaram o SFT, 52 responderam o questionário QSSF. Neste item foram analisados os dados quantitativos, considerando a escala de Likert, complementando com os comentários incluídos por alguns pacientes na pergunta aberta e as falas oriundas do grupo focal.

O Serviço Geral prestado na Farmácia Escola foi avaliado como muito bom ou excelente ($4,6 \pm 0,4$). Esse dado corrobora com outros trabalhos que observam alto grau de satisfação com serviços de farmácia, porém essa situação não é exclusiva da farmácia e se aplica a todos os serviços de saúde de uma maneira geral¹⁴⁴. Segundo Panvelkar, Saini e Armour (2009), talvez uma explicação para esse panorama seja a baixa expectativa dos pacientes com relação aos serviços de saúde ou a falta de instrumentos validados que traduzam e meçam de fato a satisfação. Adicionalmente, no SFT, há um desconhecimento dos pacientes sobre o papel do Farmacêutico no cuidado em saúde, o que leva muitas vezes a ser confundido com outro profissional e dessa forma a avaliação pode ser comprometida, uma vez que não se sabe o que se está avaliando, como pode ser notado no comentário de um dos participantes: “*A meu ver, este trabalho prestado pelos farmacêuticos, em especial, a enfermeira ..., é magnífico*” (CFS).

Com relação aos domínios que compõe o QSSF, o primeiro referente aos aspectos gerais da farmácia obteve pontuação de $4,6\pm 0,4$ e o que trata dos aspectos cognitivos farmacêuticos relacionado ao manejo da terapia $4,7\pm 0,3$, ambos muito próximo a pontuação máxima. Nas Tabelas 13 e 14 estão representadas as avaliações dos pacientes/cuidadores acerca dos aspectos que compõem cada domínio.

Tabela 13- Questionário de Satisfação de Serviço Farmacêutico (domínio exposição agradável).

QUESTÕES	Ruim* (1)	Regular (2)	Bom (3)	Muito bom (4)	Excelente (5)	Média±DP
1- A aparência profissional da farmácia?	0	1	11	14	26	4,2±0,9
2- A disponibilidade do farmacêutico em responder suas perguntas?	0	0	5	8	39	4,6±0,6
3- A relação profissional do farmacêutico com você?	0	0	2	7	43	4,8±0,5
5- A prontidão no atendimento da sua receita?	0	0	8	7	37	4,6±0,7
6- O profissionalismo dos funcionários da farmácia?	0	0	2	13	37	4,7±0,5
13- Os serviços da sua farmácia em geral?	0	0	5	20	27	4,4±0,7
14- As respostas do farmacêutico às suas perguntas?	0	0	2	7	43	4,8±0,5
16- A cortesia e respeito demonstradas pelos funcionários da farmácia?	0	0	3	15	34	4,6±0,6

O domínio exposição agradável do QSSF refere-se aos serviços gerais da farmácia, principalmente aspectos organizacionais como aparência local e do profissional, acesso a medicamentos, prestação de informações, habilidades interpessoais dos funcionários e disponibilidade do farmacêutico.

O resultado do QSSF referente a esse domínio sugere que os pacientes apresentam um elevado grau de satisfação com os serviços gerais da Farmácia Escola, principalmente relacionados com as habilidades interpessoais dos funcionários e com a prestação de informações, que podem ser ratificado com as frases: *“Os funcionários têm um grau elevado de esforço para proporcionar atendimento substancialmente satisfatório ao paciente” (ADP); “Já faz alguns anos que sou atendida por esta farmácia e não tenho o que reclamar...(JMT)”*. A recepção, local estratégico dentro da Farmácia Escola para organização do fluxo de atendimento, é apontada por um cuidador como um local pouco acolhedor: *“Atendimento excelente, a única reclamação é com relação à recepção, na qual o atendimento é seco, frio e indiferente (RPD)*.

Um dos fatores que foi destacado em algumas falas e que comprometem a qualidade do serviço prestado pela Farmácia Escola está relacionado a problemas no acesso aos medicamentos: *“O serviço da farmácia é muito bom, somente quando falta medicamento causa problemas ao paciente devido à dificuldade financeira para aquisição do mesmo (JCP)”*, *“Serviço da farmácia é excelente, de primeiro mundo... O único problema é com relação ao abastecimento dos medicamentos (RA)”*. Essas faltas devem-se, principalmente, a dificuldade do setor de planejamento logístico em resolver problemas relativos a licitação e morosidade no processo de fornecimento pela indústria farmacêutica. Aliado a isso, está a problemática que os serviços farmacêuticos técnicos gerenciais ainda são pouco centrado no paciente. Percebe-se que apesar de todo o esforço do Ministério da Saúde no sentido de ampliar o acesso aos

medicamentos, ainda presenciamos problemas advindos deste. Segundo Pereira e Freitas (2008), para a concretude do Serviço Clínico Farmacêutico (Atenção Farmacêutica), principalmente no Sistema Único de Saúde, o acesso ao medicamento ainda se constitui o principal obstáculo a ser transposto pelos gestores⁶⁰.

Outro ponto a ser destacado, que também contribui para a precariedade do acesso a medicamentos, é o caminho, muitas vezes fragmentado, para o recebimento do medicamento pelo paciente/cuidador, chamado itinerário terapêutico: *“Gostaria de sugerir que toda a dispensação de medicamentos e material de enfermagem (seringas, p.ex.) fosse feita em um só local, para diminuir a peregrinação dos pacientes em diferentes farmácias e serviços” (PD)*. Isso deve-se pois o acesso ao medicamento é muitas vezes visto unicamente como um processo gerencial e não parte do cuidado, estando muitas vezes dissociado deste. Segundo Conill e colaboradores (2008) o itinerário terapêutico é uma questão pouco conhecida ou relegada a um segundo plano pelos profissionais de saúde e gestores ou formuladores de políticas, corroborando com a colocação acima¹⁴⁹.

Destacam-se as questões 3 e 14, as quais possuem um alto grau de satisfação, com uma pontuação semelhante ao domínio manejo da terapia, que podem ser traduzidas nas falas: *“Senti-me acolhida, tive espaço para tirar dúvidas, e tive a sensação ímpar de estar protegida pelo serviço de saúde (PD); “Tive uma melhora visível com as orientações da farmacêutica e me senti uma pessoa importante, não mais uma pessoa com Parkinson” (ACSD); Sempre fui muito bem atendido e orientado (TLBM); “... me senti acolhida para poder cuidar bem da minha mãe” (JM)*. Entende-se que essas duas questões fazem menção ao serviço farmacêutico clínico. Na questão 3, relação profissional do farmacêutico com paciente, parte-se do pressuposto que para o estabelecimento de uma relação terapêutica a formação de vínculo entre paciente/farmacêutico são

imprescindíveis⁵⁴ e, percebemos ainda estarem pouco presentes no serviço de entrega ou dispensação de medicamentos, principalmente em uma unidade escola onde a rotatividade de alunos é imensa. Na questão 14, as respostas do farmacêutico às suas perguntas, todas as vezes em que foi mencionada aspectos referentes a esclarecimento de dúvidas, essas estavam ligadas ao serviço de SFT.

O resultado do QSSF referente ao Serviço Farmacêutico Clínico, o qual é o principal objetivo desse estudo, revelou um elevado grau de satisfação dos pacientes com esse “novo” serviço, corroborando com outros trabalhos¹⁵⁰. A maioria avaliou como “muito bom” e “excelente”. Os pacientes, na sua maioria, passaram a perceber o papel do farmacêutico no manejo da farmacoterapia e a importância desse serviço no cuidado em saúde, como pode ser percebido na fala da cuidadora: *“Julgo extremamente importante o trabalho realizado nesse programa, inclusive quanto ao uso de medicamentos, pois foi com ele que ajustamos o uso de alguns que beneficiaram e muito a paciente. O programa possibilita também o acompanhamento mensal o que facilita a aderência do paciente ao uso de medicamentos” (NRO).*

Tabela 14- Questionário de Satisfação de Serviço Farmacêutico (domínio manejo da terapia)

QUESTÕES	Ruim (1)	Regular (2)	Bom (3)	Muito bom (4)	Excelente (5)	Média±DP
A habilidade do farmacêutico em avisá-lo sobre problemas que você poderia ter com seus medicamentos?	0	0	3	9	40	4,6±0,6
A explicação do farmacêutico sobre a ação dos seus medicamentos?	0	0	3	11	38	4,7±0,6
O interesse do farmacêutico pela sua saúde?	0	0	2	10	40	4,7±0,5
A ajuda do farmacêutico no uso dos seus medicamentos?	0	0	4	6	42	4,7±0,6
O empenho do farmacêutico em resolver os problemas que você tem com seus medicamentos?	0	0	1	7	44	4,8±0,4
A responsabilidade que o farmacêutico assume com o seu tratamento?	1	0	2	8	41	4,7±0,7
As orientações do farmacêutico sobre como tomar os seus medicamentos?	1	0	3	5	43	4,7±0,7
O empenho do farmacêutico em manter ou melhorar a sua saúde?	0	0	3	8	41	4,7±0,6
A privacidade nas conversas com o seu farmacêutico?	0	0	3	5	44	4,8±0,5
O empenho do farmacêutico para assegurar que os seus medicamentos façam o efeito esperado?	1	0	3	6	42	4,7±0,7
A explicação do farmacêutico sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos?	0	0	3	9	40	4,7±0,6
O tempo que o farmacêutico oferece para passar com você?	0	0	3	8	41	4,7±0,6

Um ponto bastante citado pelos pacientes e cuidadores foi a necessidade da continuidade desse serviço para esse grupo de pacientes: *“Julgo extremamente importante a sua continuidade” (NRO); “Gostaria que tivesse sempre esse atendimento. Ajudou bastante no meu tratamento” (MCJP); Sugiuro dar continuidade ao atendimento do farmacêutico com o paciente como ocorreu durante o projeto que participei (MMP)*. Essa demanda pela continuidade do serviço farmacêutico clínico a esse grupo de pacientes é devida a natureza progressiva e neurodegenerativa da DP^{28,31} ocorrendo a necessidade de constantes ajustes de dose e/ou adição de novos medicamentos. Associado a isso, há o aparecimento de efeitos colaterais precoces e tardios da intervenção terapêutica, o que gera a necessidade de um manejo bastante individualizado e o monitoramento contínuo¹.

Alguns pacientes ainda entendem que esse serviço deve ser estendido para outros grupos de pacientes: *“Como sugestão procurar que a farmácia como um todo pratique atenção farmacêutica com o maior número de usuários possível (CRM)”*; *“Que esse serviço pudesse ser estendido a outros pacientes e também que os que já foram atendidos possam retornar ao programa outras vezes” (RRM); “Espero que esse programa seja inserido para todos. Muito Bom! (MTS)*. Percebe-se nas falas não somente uma preocupação com a continuidade desse serviço mas também um desejo que o mesmo seja incorporado efetivamente na Farmácia não apenas para um grupo específico mas que todos tenham a oportunidade de acessá-lo.

Entre as contribuições do SFT relatadas pelos pacientes/cuidadores estão o empoderamento e o conhecimento sobre a doença e o tratamento, essenciais quando pensamos em qualidade de vida, principalmente em uma doença neurodegenerativa que afeta não apenas o pacientes mas todo seu núcleo familiar. *“Ter participado deste trabalho me foi muito importante, descobri que*

meu corpo dá muitas respostas” (MA); “Abriu um olhar especial para certos aspectos” (JM).

Outro ponto importante trazido pelos pacientes e que se reflete no QSSF, refere-se à contribuição do SFT no manejo da farmacoterapia. *“Ajudou bastante no meu tratamento” (MCJP); “Muito interessada em me ajudar me dando dicas e me alertando com os cuidados que devo ter no tratamento da DP”. (PJA); “Auxiliou tanto na rotina de utilização de medicamentos quanto na alimentação” (NVS); “Praticamente todas as situações foram debatidas e buscou-se sempre considerar que os medicamentos tenham o maior e melhor efeito sob todos os aspectos” (JAZ); “Ela (a farmacêutica) deu mais força pra eu fazer o tratamento.” (E.P.K.); “Com a ajuda da farmacêutica...algumas dicas que ela me deu tipo sempre de estômago vazio, meia hora da refeição, uma hora depois, procurar não comer muita carne... melhorou mais ainda” (A.C.S.).*

Uma questão já mencionada acima foi a contribuição do SFT na melhora da adesão. A não adesão gera piora nos sintomas motores^{126,127}, além de prejuízos para a família e sociedade. Dessa forma, devido à complexidade do esquema terapêutico, no SFT procurou-se entender o comportamento do paciente frente à tomada do medicamento e os fatores que levavam a uma não adesão, pontos cruciais para melhorar a adesão e garantir o sucesso terapêutico¹²⁵.

Evidenciou-se que o serviço farmacêutico clínico foi muito bem recebido pelos pacientes, corroborando com outros trabalhos¹⁵⁰. *É difícil fazer uma avaliação com os valores nos extremos, mas a profissional que nos assiste não encontro palavras para elogiá-la. Fica aqui meus agradecimentos por mais um serviço de primeiro mundo”; Agradecer a Deus por ter capacitado profissionais como a farmacêutica...” (ECS); “Foi ótimo o nosso contato com a nossa farmacêutica... agradecemos muitíssimo por esta oportunidade” (CFSD).*

Percebe-se que após ter sido oportunizado aos pacientes e/ou cuidadores o serviço farmacêutico clínico, os mesmos verificam a necessidade de mudança do foco de atuação do profissional farmacêutico, direcionando-o para o cuidado em saúde através da utilização de toda a sua expertise relacionado ao medicamento, como pode ser percebido na fala: “... gostaria de referir o que considero o ponto alto dessa experiência: a vivência prática daquilo que se fala como atenção integral ao paciente, na perspectiva do farmacêutico. Considero que o mais importante da atividade do farmacêutico, não é a dispensação do medicamento (considerando as orientações que vem agregadas a essa prática), mas a atenção especial a um determinado grupo de pacientes considerados estratégicos (polifarmácia, complexidade dos casos, etc.) e a interface com os demais profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros, dentistas, etc)” (PD).

Evidenciou-se que a formação de vínculo é um dos pilares para o estabelecimento da relação terapêutica, e o acolhimento, através de uma escuta ativa, é primordial para a identificação das necessidades em saúde e dessa forma para a efetividade da intervenção farmacêutica: “...a farmacêutica, nossa, meu Deus, tenho como amiga agora, não como um farmacêutica”. (A.C.S.); “O atendimento dela foi excepcional, porque além de orientar ela esclareceu alguns pontos que estavam escuros, né?” (A.D.P.).

A satisfação com relação ao serviço prestado durante as consultas de SFT são notórias: “Contribuiu enormemente... dei nota 11 pra ela.” (N.D.S). Identifica-se em uma fala a percepção da ausência desse tipo de serviço no cuidado ao indivíduo com DP no Sistema de Saúde: “Achei maravilhoso (SFT), antes não tinha esse espaço pra gente aqui” (A.C.S.).

5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de um serviço deve estar diretamente relacionada com a satisfação dos seus usuários, portanto, para que um serviço novo seja bem sucedido é fundamental conhecer a opinião dos seus beneficiários.

Os resultados do questionário e do grupo focal demonstram um alto grau de satisfação desses usuários em relação à Farmácia Escola e ao serviço prestado pelos farmacêuticos. É notório que o SFT representou um cuidado que transcendeu o tratamento medicamentoso. Alguns pontos trazidos pelos pacientes referem-se à contribuição do SFT na melhora da adesão ao tratamento e na qualidade de vida. O Grupo Focal trouxe os pontos mais humanísticos do SFT, ressaltando a relação farmacêutico-paciente como um dos pontos primordiais para o sucesso deste serviço.

6 PROPOSTA DE ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO FARMACÊUTICO CLÍNICO EM UMA FARMÁCIA ESCOLA

6.1 RESUMO

Introdução: O serviço farmacêutico deve estar vinculado ao serviço de saúde de modo que disponibilize o acesso oportuno a medicamentos de qualidade, vinculado ao processo de cuidado, visando a obtenção de resultados clínicos satisfatórios advindos do uso dos medicamentos, por meio de uma relação terapêutica positiva entre farmacêutico e paciente. No Brasil, as atuais políticas focam suas ações principalmente no acesso ao medicamento. Isso reflete em práticas farmacêuticas que, muitas vezes, não conseguem responder à demanda em saúde com resultados clínicos positivos, apesar do acesso ao recurso terapêutico. Assim, o objetivo desse artigo é apresentar, a partir da experiência vivenciada com o SFT, uma proposta de implantação de um serviço farmacêutico clínico em uma Farmácia Escola, destacando alguns pontos que parecem ser cruciais nesse processo. **Metodologia:** Trata-se de um relato descritivo e reflexivo, a partir de uma experiência real vivenciada durante o SFT. **Resultados e discussão:** As etapas do processo de estruturação do Serviço Farmacêutico Clínico identificadas, durante o estudo de SFT foram: Aspectos operacionais e de estrutura - etapa inicial que se destina a preparação da equipe e do ambiente para a prática clínica; Procedimento assistencial: padronização de formulários de atendimento, métodos de registros, criação de rede de cuidado; Fluxo de serviço farmacêutico clínico: criação de procedimentos para identificar e/ou avaliar o nível de complexidade de serviço farmacêutico clínico requerido pelo paciente; Procedimento didático: etapa que se destina a definir um método e como o aluno será incluído na prática clínica dentro de um serviço farmacêutico clínico.

Considerações finais: com a implantação e organização de um serviço farmacêutico clínico na FE, espera-se promover um melhor ensino nesta área, incentivar sua aplicação nos demais serviços de saúde do SUS e alcançar melhores resultados clínico-terapêuticos para o paciente.

Palavras chaves: Serviço Farmacêutico Clínico, Estruturação de serviço, Farmácia Escola.

6.2 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, temos vivenciado um aumento na prevalência de doenças crônicas, em decorrência de transformações nas características epidemiológicas e demográficas da população brasileira. Do ponto de vista terapêutico, o manejo das doenças crônicas envolve, frequentemente, a utilização de um número maior de medicamentos e por períodos longos, ou para sempre. Esta situação aumenta os riscos de eventos adversos a medicamentos, não adesão, inefetividade terapêutica, além de custos cada vez mais elevados com a terapia medicamentosa^{46,151}. Esse cenário leva à necessidade de um modelo de Assistência Farmacêutica (AF) que vá além do acesso aos medicamentos e que inclua os serviços farmacêuticos clínicos, garantindo, assim a disponibilidade do produto e do cuidado aos pacientes, com vistas a obtenção de resultados clínicos satisfatórios por meio de uma relação terapêutica positiva entre farmacêutico e paciente¹⁵².

A OPAS sugere a reorganização dos serviços farmacêuticos a partir de uma nova propostas na qual se deve considerar a entrega do serviço como processo chave, sendo que este deve ser pautado em atividades de promoção, prevenção, dispensação, SFT,

farmacovigilância, educação em saúde, apoio ao autocuidado, aconselhamento, entre outras¹⁵³.

A estruturação de um serviço farmacêutico clínico em um estabelecimento, exige planejamento e organização e, muitas vezes, mudanças físicas e de comportamento, que incorporem a filosofia da AtenFar. Este processo exige tempo, dedicação e persistência, sendo, dessa forma, indispensável o apoio de todos os funcionários, inclusive gestores, para o completo estabelecimento desse serviço na rotina da Farmácia¹⁵⁴. Além disso, a proposição deste serviço em uma Farmácia Escola deve considerar também os aspectos pedagógicos relacionados ao treinamento dos futuros profissionais.

Assim, o objetivo desse artigo é apresentar, a partir da experiência vivenciada durante o SFT com pacientes com Doença de Parkinson, uma proposta para a estruturação de um serviço farmacêutico clínico em uma Farmácia Escola. Dentre os serviços propostos estão dispensação, Revisão da Farmacoterapia (RF) e SFT.

6.3 METODOLOGIA

6.3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um relato descritivo e reflexivo, a partir de uma experiência real vivenciada durante o SFT e nas oficinas de capacitação dos farmacêuticos da FE realizadas mensalmente em 2013, as quais objetivaram, além da formação, desmistificar a complexidade do serviço farmacêutico clínico, buscando empoderar, instrumentalizar e encorajar os profissionais para a prática clínica, bem como mostrar a sua importância no cuidado em saúde.

6.3.2 Realidade estudada: estrutura atual da Farmácia Escola UFSC/PMF

A Farmácia Escola UFSC/PMF (FE) é um espaço docente-assistencial, estabelecido por meio de convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS) e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tem como objetivo a promoção e o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão relativos aos serviços farmacêuticos, com ênfase nas necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) referente à dispensação de medicamentos dos elencos das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, especificamente aqueles incluídos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Programa de tabagismo).

Em relação ao CEAF, a Farmácia Escola é o único local para a abertura dos processos e para a dispensação dos medicamentos no município de Florianópolis. No que diz respeito ao CBAF, atende, principalmente, pacientes dos ambulatórios do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), trabalhadores da UFSC e usuários do CEAF. Durante o desenvolvimento do estudo, os serviços assistenciais da FE contavam com seis farmacêuticos, aproximadamente 20 bolsistas/estagiários, sendo este número variável durante o semestre letivo. Os estudantes do Curso de Farmácia, tanto os estagiários da última fase do curso, quanto os bolsistas, atuam no atendimento aos pacientes sob supervisão direta dos Farmacêuticos.

A estrutura física destinada ao atendimento ao público está dividida em recepção (local de acolhimento do usuário) e sala de dispensação. Na área destinada à dispensação, os atendimentos são realizados em guichês individualizados, onde pacientes e atendentes estão sentados, num total de treze guichês, sendo que no início do

estudo não dispunha de um consultório farmacêutico, o qual hoje se destina aos serviços de RF e SFT. Na recepção, um farmacêutico e/ou bolsista fazem a triagem, organizando o fluxo de atendimento e fornecendo informações, de modo a atender as necessidades, relacionadas a medicamentos ou ao acesso a outros serviços de saúde. Os pacientes atendidos no CEAF são agendados e retiram a sua medicação mensalmente, já os pacientes do CBAF retiram a sua medicação de acordo com a ordem de chegada. No início do estudo, estavam cadastrados no CEAF de Florianópolis 4501 pacientes, desses 161 com CID G20 (Doença de Parkinson). Esse montante somado com o fluxo gerado pelo CBAF origina cerca de trezentos e cinquenta atendimentos por dia (7000 atendimentos/mês) na FE.

6.3.3 Amostra

O serviço de Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) foi realizado para 70 pessoas com diagnóstico de Doença de Parkinson (DP) (o próprio paciente ou seu cuidador), pelo período de seis meses, por meio de consultas mensais juntamente com o fornecimento dos medicamentos. Maiores detalhes ver capítulo 3.

6.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Endende-se que para a estruturação de um serviço farmacêutico clínico em um unidade escola alguns elementos apresentam-se como cruciais a serem trabalhados nesse processo: aspectos operativos e de estrutura, procedimento assistencial, fluxo de serviços clínicos e procedimento didático.

6.4.1 Aspectos operacionais e de estrutura

6.4.1.1 Preparação da equipe para o Serviço Farmacêutico Clínico

Para estruturar um serviço farmacêutico clínico é necessário que a equipe incorpore a filosofia da AtenFar. Isso requer do profissional farmacêutico responsabilidade e comprometimento, além do desenvolvimento de habilidades que só são conseguidas com a aplicação de técnicas, empenho e prática¹⁵⁴. A farmacêutica responsável pelo SFT possui especialização e experiência na área, contudo, os demais farmacêuticos da equipe não haviam tido esta oportunidade.

As oficinas de capacitação foram realizadas mensalmente em 2013, com uma carga horária de 52 horas, por um profissional externo e contou com a seguinte programação:

Tabela 15 - Cronograma da capacitação para implantação do Serviço Clínico Farmacêutico

Data	Carga horária	Atividade
28/03/2013	8h	Serviço Farmacêutico e Reengenharia
25/04/2013	12h	Dispensação e Reengenharia
23/05/2013	8h	Antibioticoterapia
27/06/2013	8h	Seguimento Farmacoterapêutico
25/07/2013	8h	Seguimento Farmacoterapêutico em Diabetes
29/08/2013	8h	Avaliação Final

Segundo Dualde e colaboradores (2012), a participação de farmacêuticos em programas de capacitação em clínica não altera de forma significativa o seu envolvimento em serviços dessa natureza. Isso porque para a prática clínica é preciso não somente um farmacêutico competente tecnicamente, mas também que este possua uma visão holística, humanística e crítica do processo saúde/doença. É necessária uma mudança de postura do profissional farmacêutico e não apenas um incremento de questões técnicas/teóricas¹⁵⁵.

O primeiro momento destinou-se a realização do diagnóstico das necessidades dos farmacêuticos para implantação do serviço farmacêutico clínico. Observou-se que o ponto forte para ser trabalhado seria a motivação, e que as maiores dificuldades enfrentadas eram referentes à organização e distribuição das atividades entre os farmacêuticos, falta de um fluxo de trabalho padronizado, falta de cooperação, sobrecarga de atividades e desarticulação entre o ensino e serviço.

Para tanto, identificou-se como chave para o estabelecimento desse novo serviço na FE o redimensionamento das atividades realizadas pelos farmacêuticos, o qual ocorreu por meio da reengenharia, sendo esta transversal às oficinas. A reengenharia é o redesenho dos processos de trabalho de modo a torná-lo mais eficiente, aumentando a qualidade e a produtividade dos serviços, com redução de custos¹⁵⁶.

Como resultado das oficinas ocorreu a redistribuição das atividades (logísticas, clínicas e acadêmicas) realizadas na FE entre os farmacêuticos de acordo com a sua carga horária de trabalho e o seu perfil profissional. Após um processo de reengenharia, cada farmacêutico passou então a ser responsável por determinadas atividades para as quais possui um tempo pré estabelecido, o qual foi verificado nas oficinas. Esse processo facilita a estruturação de novos serviços, uma vez que auxilia na organização e no fluxo dos serviços e possibilita a visualização de todas as atividades realizadas e as que estão sendo negligenciadas e que necessitam entrar no fluxo de serviços prestado pelos farmacêuticos, além de dimensionar o tempo que se gasta para cada uma delas.

6.4.1.2 Preparação do espaço físico

Outro passo importante para implantar o serviço farmacêutico clínico é a preparação do espaço físico, o qual deve possibilitar privacidade, confiabilidade e conforto. Segundo França e

colaboradores¹⁵⁷ o perfil dos farmacêuticos e das farmácias de Santa Catarina, apontam uma deficiência de espaço adequado para a realização do SFT, dado que corrobora outros estudos^{53,158}.

A fim de propiciar um atendimento privativo foram retirados os armários que continham documentos e que geravam fluxo de funcionários no consultório e confeccionada uma placa para informar que o farmacêutico não deveria ser interrompido nos momentos em que estivesse em consulta. Atualmente, a sala de atendimento farmacêutico possui uma única mesa, ar condicionado, balança, livros para consulta e um computador com acesso à internet e bases de dados especializadas em evidências clínicas.

6.4.1.3 Organização da agenda

Segundo Oliveira e colaboradores (2005) o tempo é um dos obstáculos enfrentados para a prática do serviço farmacêutico clínico, principalmente devido à enorme carga técnico/administrativa do farmacêutico⁶¹. Para resolver este obstáculo, propõe-se a criação de uma agenda definida, a qual deve considerar as particularidades dos serviços de RF e SFT que serão realizados a partir de marcação prévia, como já é feita no serviço de dispensação da FE.

No estudo foi observado que o tempo médio da primeira consulta de SFT foi de $52,3 \pm 12,6$ minutos. Trata-se da consulta mais longa e talvez a mais importante, pois é nela que se obtém o primeiro contato com o paciente, primordial para o estabelecimento de uma relação de confiança, além de ser o momento em que se coletam todos (ou grande parte) os dados sobre as enfermidades, queixas e tratamento, para construir a história farmacoterapêutica. Os retornos tiveram uma duração média de $25 \pm 8,2$ minutos. As consultas subsequentes duram menos tempo porque nelas é feita uma revisão da consulta anterior, avaliação das intervenções realizadas, orientação do paciente e avaliação do seu estado atual, sem a necessidade de coletar tantos dados como na primeira. Para as

consultas de RF sugere-se que sejam planejadas considerando o tempo médio despendido para a primeira consulta de SFT, apesar de se entender que a avaliação desse serviço requer menor grau de aprofundamento.

Para o SFT, além do tempo da consulta, é preciso reservar tempo posterior para avaliar o estado do paciente, planejar as intervenções necessárias, evoluir no prontuário, elaborar materiais para auxiliar na adesão, escrever carta de referência ao médico e preparar orientações específicas por escrito. Segundo Machuca (2012) cerca de 40% da jornada de trabalho do profissional que realiza SFT deve ser dedicada à evolução no prontuário e estudo dos pacientes¹⁵⁹. Porém, uma vez que, na grande maioria dos casos, o farmacêutico não se dedica somente ao SFT, propomos que 40% do horário destinado ao SFT e RF seja utilizado para essa finalidade, principalmente nos primeiros meses após a implantação, período em que o farmacêutico estará se adaptando, exercitando e adquirindo conhecimento para a prática clínica. Segundo Pereira (2009) é interessante iniciar com um pequeno número de pacientes e ir adicionando novos aos poucos, até que o Farmacêutico adquira confiança e expertise no desempenho do serviço clínico que só é atingido por meio da prática¹⁵⁴.

Outro ponto importante observado no estudo é que a agenda deve ser feita de maneira que as primeiras consultas de SFT ou consultas de RF, não ocorram de maneira consecutiva, principalmente no início. Uma sugestão é que as primeiras consultas de alguns pacientes sejam intercaladas, sempre que possível, com retornos de outros já em SFT ou estudo de caso.

Recomenda-se também que esses serviços sejam feitos em apenas um turno de trabalho do farmacêutico, não necessariamente todos os dias, sendo que no turno contrário o farmacêutico se dedique às demais atividades da Farmácia. Isso pode ser interessante para legitimar os serviços farmacêuticos clínicos que requerem uma

carga horária definida, o que pode colaborar para criação de fluxos de serviços dentro da equipe, primordial quando se quer implantar um serviço novo.

6.4.2 Organização do processo assistencial

Entende-se que o serviço farmacêutico clínico, com destaque para o SFT, deve ser pautado nos pressupostos da AtenFar, sendo o acolhimento a base para a formação de vínculo, primordial para a elaboração de um plano terapêutico em conjunto com o paciente com foco de atenção nas necessidades do paciente. Nas consultas farmacêuticas de SFT deve-se buscar compreender as experiências vividas pelo paciente com relação à medicação e como o mesmo visualizava o seu processo saúde/doença; abordar o indivíduo de maneira integral, buscando entender questões sociais e familiares que poderiam estar contribuindo ou dificultando o resultado terapêutico desejável.

6.4.2.1 Padronização de formulários para o Serviço Clínico

O formulário utilizado na primeira consulta para a construção da história farmacoterapêutica no estudo piloto foi elaborado pela equipe com base nos Métodos Dáder e Minnesota de SFT, incluindo o genograma e ecomapa, e é composto por 5 domínios que estão representados na Figura 7. Cada método apresenta características próprias e, por isso, optou-se pela fusão das partes que o grupo acredita serem as mais importantes e fundamentais para a construção detalhada da história farmacoterapêutica do paciente. Uma parte do método Dáder que se destaca é a revisão por sistemas, ou seja, o farmacêutico pergunta se o paciente sente ou usa algum medicamento para cada parte do corpo, possibilitando ao paciente lembrar de queixas e medicamentos que usa e que até o momento não havia relatado. É importante

destacar que trata-se de um formulário geral, ou seja, pode ser utilizado para qualquer grupo de pacientes.

Figura 7 - Dados do formulário de primeira consulta de Seguimento Farmacoterapêutico

DADOS PESSOAIS	CONHECENDO O PACIENTE	SOBRE A DOENÇA	SOBRE OS MEDICAMENTOS	TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO
Idade, gênero, raça	Relações familiares e sociais (genograma e ecomapa)	Conhecimento do paciente com relação a sua doença	Alergias, reações adversas	Chás, atividade física, fisioterapia, grupos de apoio
Escolaridade, ocupação, endereço (Unidade Básica de Saúde)	Rotina do pacientes	Significado da doença na vida do paciente: experiências, medos, ganho secundário	Lista de medicamentos em uso (indicação, posologia, duração de tratamento, como se sente e prescritor)	
Serviço de saúde utilizado	Hábitos de vida (álcool, cigarro, café, chimarrão, água)	Parâmetros clínicos: peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), Pressão Arterial (PA), entre outros	História medicamentosa	
Nome do cuidador		História clínica relevante, revisão dos sistemas, histórico familiar		

A padronização de formulários não possui finalidade de enrijecer o serviço, mas de garantir a coleta dos dados necessários para a construção da história farmacoterapêutica e, desta forma, auxiliar no processo de cuidado, além colaborar com o ensino de estudantes e outros profissionais farmacêuticos que venham integrar o serviço.

Registrar e documentar são atos primordiais em um serviço clínico para o qual o relato das informações referentes ao paciente é fundamental para a continuidade do cuidado em saúde. Entretanto, essa prática é pouco comum entre os farmacêuticos e considerada um dos maiores desafios¹⁵⁴.

Para o registro no prontuário foi utilizado o método SOAP, pois se percebeu durante o estudo piloto que este método possibilita muito mais que um simples registro de informações, auxiliando a análise da história farmacoterapêutica. Trata-se de um método que promove o desenvolvimento do raciocínio clínico devido a sua estruturação em dados subjetivos (S), dados objetivos (O), avaliação (A) e plano (P). Associado a isso, este método auxilia na organização dos dados coletados durante a consulta, o que colabora para o aumento da assertividade na intervenção realizada perante uma resposta negativa a um tratamento farmacológico.

Assim, sugere-se que o formulário utilizado na primeira consulta de SFT, caso não seja utilizado o acima proposto, contemple as particularidades do grupo de pacientes para os quais o serviço vai ser oferecido, porém sem limitar o olhar sobre questões referentes ao tratamento farmacológico. Ademais, sugere-se usar o método SOAP para evolução e análise do caso.

O formulário utilizado para o serviço de RF, por se tratar de um serviço que requer uma avaliação clínica menos aprofundada, contempla somente os itens da primeira entrevista de SFT referentes aos dados pessoais, medicamentos e suas respectivas indicações.

6.4.2.2 Formação de rede de cuidados

A formação de redes de cuidado envolve tanto os demais profissionais de saúde, quando as relações familiares e sociais dos pacientes, as quais podem ser identificadas por meio das ferramentas genograma e ecomapa. As redes de cuidado são fundamentais para a implantação do serviço de SFT, sendo também importante em determinados momentos no serviço de RF, bem como na dispensação.

Em relação ao contato com outros profissionais de saúde, propõe-se um contato inicial, via e-mail, com os médicos responsáveis pelos pacientes com DP atendidos no CEAF para apresentar a eles o serviço de SFT (APÊNDICE 6). Além disso, considera-se fundamental conhecer as associações que prestam apoio a esses pacientes e a seus familiares/cuidadores no município, visando reforçar ou construir as redes de atenção em cada caso. A forma eletrônica para o contato apesar de não ser a mais adequada para a formação de vínculo com o outro profissional é mais fácil e ágil. Para a comunicação com o médico, quando houve necessidade de intervenção, foi elaborado um modelo de carta que auxiliou principalmente no início do serviço. Com os demais profissionais de saúde (educador físico, odontólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, enfermeira) esse contato ocorreu por meio da APASC, a qual permitiu, em alguns casos, um contato pessoal.

6.4.3 Fluxo de serviços farmacêuticos clínicos

6.4.3.1 Identificação e avaliação de necessidade

Inicialmente, para o estudo piloto foram convidados todos os pacientes ou cuidadores para participar do SFT. Contudo, percebeu-se que nem todos os pacientes necessitavam do serviço de SFT, muitos deles teriam suas demandas atendidas por meio do serviço de

RF ou da dispensação. Por esta observação foi possível identificar os três pontos estratégicos de um Serviço Farmacêutico Clínico (dispensação, RF e SFT), da qual originou a presente proposta de criação do fluxo de Serviço Farmacêutico Clínico que será apresentado no tópico seguinte.

Assim, para a otimização dos serviços farmacêuticos oferecidos em uma farmácia é fundamental que todos os farmacêuticos e/ou bolsistas, em caso de uma unidade escola, saibam identificar dentre as pessoas que são atendidas na dispensação as que necessitam de um serviço farmacêutico clínico mais complexo. Um estudo realizado por Pereira (2009) sugere a criação de algoritmo para abordagem dos pacientes durante a dispensação¹⁵⁴, o qual foi elaborado para DP¹⁶⁰ e está sendo ampliado para outras patologias atendidas na FE.

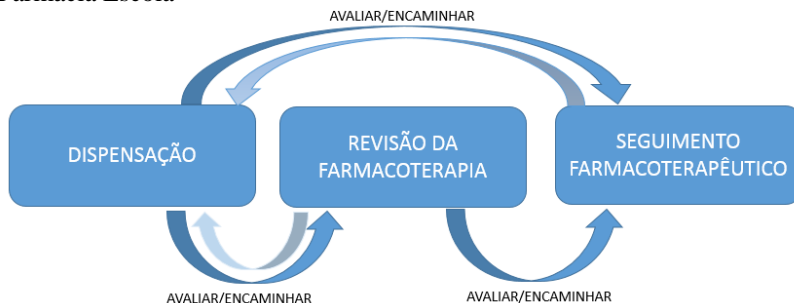
6.4.3.2 Proposição de um fluxo para Serviço Farmacêutico Clínico

Propõem-se que o processo de cuidado farmacêutico ao paciente inicie na dispensação, podendo passar pela RF e, por fim, caso necessário, chegar ao SFT, o qual é o mais complexo dos serviços farmacêuticos clínicos. Considera-se que os serviços farmacêuticos clínicos são processos interligados entre si, sendo os pressupostos da filosofia da Atenção Farmacêutica transversais a todos.

Entende-se que a porta de entrada para os serviços farmacêuticos clínicos em uma farmácia comunitária é a dispensação. Nesta, a partir de uma avaliação clínica, o farmacêutico verificará eventuais necessidades dos pacientes, encaminhando para um serviço farmacêutico mais complexo, podendo este ser um RF ou SFT. O mesmo pode ocorrer em um serviço de RF, no qual o farmacêutico pode encaminhar o paciente para o SFT por um determinado período. Atendidas as necessidades identificadas, o paciente retorna ao serviço de dispensação, sendo monitorado a cada

retorno. Na Figura 8 está representada a proposição de um fluxo para os serviços farmacêuticos clínicos, na qual se considera a necessidade do paciente por um serviço mais complexo de acordo com a sua demanda farmacoterapêutica.

Figura 8 - Proposição de um fluxo de serviços farmacêuticos clínicos na Farmácia Escola



Segundo Soares (2013) a dispensação deve ser responsável não somente pelo fornecimento do medicamento como um bem de consumo, mas também pelo acesso do paciente aos serviços em todos os níveis de atenção, através da identificação das suas necessidades e demandas⁵².

A dispensação de medicamentos é o serviço farmacêutico clínico com menor grau de complexidade, porém, assim como os demais, demanda uma avaliação clínica, mas com um grau de profundidade menor. A dispensação se diferencia quando a avaliação clínica é realizada no início de tratamento (primeira prescrição) e quando é realizada para prescrições repetidas. Nesse serviço o foco é o processo de uso do medicamento e educação do paciente e, tem como objetivo detectar e resolver problemas relacionados à prescrição de medicamentos (legais e clínicos), promover a automedicação responsável, proporcionar a transferência e troca de informações individualizadas sobre medicamentos⁶⁶ e, ainda, avaliar a necessidade de um serviço farmacêutico clínico mais complexo.

Trata-se do serviço que apresenta maior demanda dentre os serviços farmacêuticos clínicos.

A RF é um Serviço Farmacêutico Clínico voltado para a melhoria no processo de uso de medicamentos e da adesão ao tratamento, por meio da educação e aconselhamento sobre os medicamentos. Nesse serviço, o farmacêutico pode fazer ajustes de regime terapêutico, detectar reações adversas e interagir com o prescritor, visando a melhor compreensão da terapia e adequação às necessidades do usuário⁶⁶.

O SFT, assim como a RF e a dispensação, visa a obtenção e manutenção de resultados clínicos de modo a torná-los mais efetivos e seguros e, a continuidade do cuidado por meio do desenvolvimento de uma relação terapêutica entre farmacêutico e paciente¹⁵⁰. Entretanto, a diferença dos demais, trata-se de um serviço fornecido de forma contínua, sistematizada e documentada, em colaboração com o paciente e com os demais profissionais da saúde^{54,68}.

O procedimento assistencial do SFT é mais complexo, visto que requer um raciocínio clínico mais apurado, uma vez que para que ocorra uma avaliação mais aprofundada, requer do farmacêutico conhecimento sobre semiologia, patologia, além de farmacoterapia, uma vez que o objetivo é avaliação de resultado clínico do medicamento no paciente.

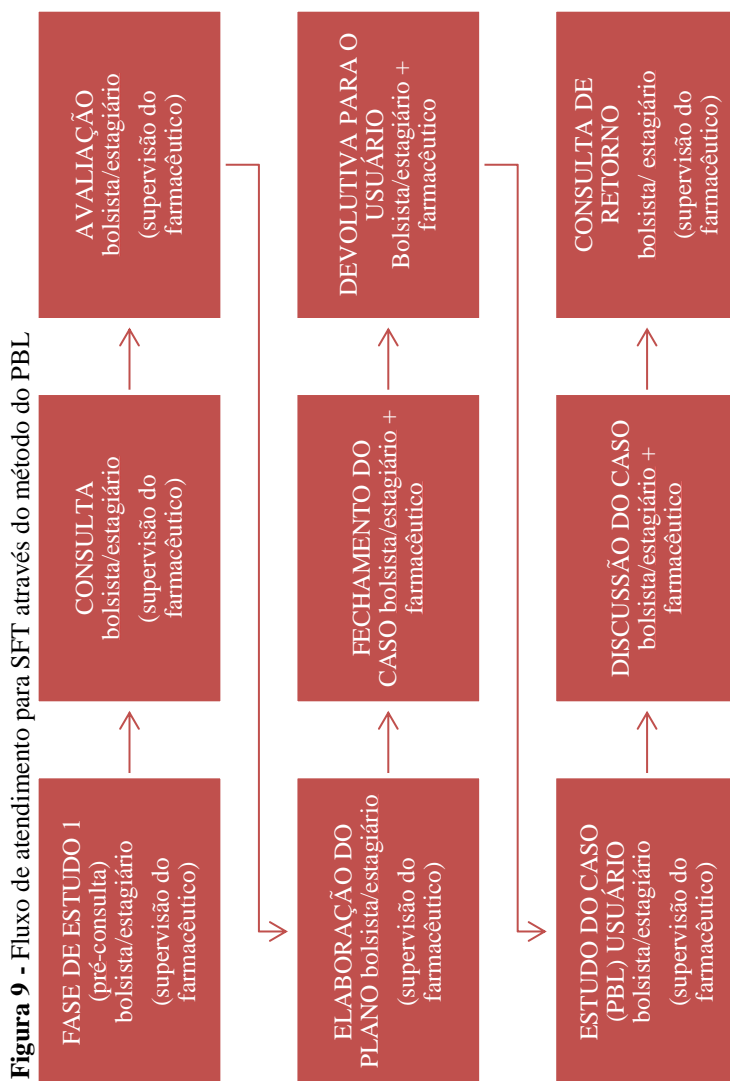
6.4.4 Procedimento didático

Além de estruturar o serviço, em uma Farmácia Escola é fundamental a organização do processo ensino-aprendizagem. O procedimento didático será estruturado sob dois pilares: a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e a inserção direta do aluno na prática clínica.

O referencial teórico sugerido para construção dessa proposta é a aprendizagem baseada em problemas (PBL, do inglês *Problems Based Learning*). O PBL é um método centrado no aluno, que o habilita a realizar pesquisas, integrar teoria e prática, e aplicar os conhecimentos e habilidades para desenvolver uma solução viável para um problema definido. Essa abordagem é capaz de promover a aquisição de conhecimentos pelos alunos ao passo que ajuda a desenvolver habilidades e atitudes profissionais desejáveis. O PBL estimula no estudante a capacidade de levantar hipóteses, comparar, analisar, interpretar, avaliar e, assumir responsabilidade por sua formação¹⁶¹. É um método de ensino em que os alunos aprendem por meio da resolução de problemas, focando em um problema complexo e que não tem uma única resposta correta¹⁶².

A inserção do aluno na prática clínica ocorrerá por meio da categorização deste em 3 níveis: aluno iniciante, iniciado e experiente à prática clínica. Para o aluno iniciante, a prática ocorrerá por meio do acompanhamento do farmacêutico supervisor nas consultas farmacêuticas, sendo restrita a observação.

Para o aluno iniciado e para o experiente, ambos conduzirão as consultas farmacêuticas sendo que o que difere entre eles é o tipo de supervisão farmacêutica: para o primeiro será realizada de forma direta (atendimento com o farmacêutico ao lado) e para o segundo indiretamente (com o farmacêutico na retaguarda). Na Figura 9 encontra-se esquematizado o fluxo de atendimento desses dois últimos. É importante destacar que a categorização dos alunos de acordo com os níveis propostos será feita pelo farmacêutico supervisor, sendo que será considerado para isso a expertise, desenvoltura e raciocínio clínico do aluno frente à prática clínica.



Devido ao fato de que os alunos não compõem o quadro de funcionários da Farmácia, ou seja, há uma alta rotatividade em curto espaço de tempo, a referência de profissional para a construção do vínculo com o paciente deve ser o Farmacêutico. Sendo assim, todos os fechamentos de consultas serão feitos pelo aluno acompanhado do Farmacêutico, conforme demonstrado no esquema a seguir, no qual está representado o fluxo de atendimento para SFT por meio da metodologia PBL.

6.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação de um serviço de qualidade e viável deve ser construída baseada num planejamento estratégico forte e efetivo. No caso de um serviço clínico isto ganha maior importância, pois estamos lidando com vidas.

Para a solidificação do serviço farmacêutico clínico dentro de uma farmácia três ações foram identificadas com cruciais: sensibilização/motivação da equipe para a prática clínica farmacêutica, a reengenharia dos processos de trabalho e a criação de fluxos de serviços clínicos.

A implantação dos serviços farmacêuticos clínicos não representa sacrifício ou utopia do ponto de vista técnico. Para que se atinja a médio prazo a maturidade do serviço farmacêutico clínico é necessária uma mudança comportamental aliada a um planejamento estratégico da farmácia. Portanto, para a estruturação do serviço farmacêutico clínico na FE, é necessária uma reestruturação do modelo atual dos serviços farmacêuticos através do redesenho da sua infraestrutura, recursos humanos e a organização do serviço farmacêutico de uma maneira geral.

Com a implantação desses serviços, considerando a integralização da assistência farmacêutica em redes, estaremos

avançando na busca por serviços de qualidade centrados no cuidado de pacientes. Soma-se o fato de que sua implantação em uma FE contribuirá para a formação de farmacêuticos críticos, com um olhar diferenciado sobre o cuidado em saúde e sobre o que é ser farmacêutico, além de melhorar o serviço prestado pela farmácia à comunidade, servindo como modelo aos demais setores da rede de saúde pública brasileira.

7. DISCUSSÃO FINAL

Os serviços farmacêuticos direcionados ao cuidado de pacientes tem sido foco de diversos estudos^{163,164,165,166}. Relatos na literatura afirmam que esses podem trazer benefícios clínicos importantes como o controle de parâmetros laboratoriais e sinais vitais em doenças crônicas, como, por exemplo, Diabetes Mellitus (DM), dislipidemia e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); melhora na qualidade de vida em indivíduos com diabetes, hipertensão e asma; além de reduzir a utilização de serviços de saúde, como consultas médicas e hospitalização¹⁶⁷.

A Doença de Parkinson tem sido pouco estudada sob esse foco. A maioria dos estudos^{129,130} publicados está centrada na identificação e resolução de PRM, ou seja, as intervenções do farmacêutico são condicionadas unicamente com base no medicamento que o paciente utiliza e não com vistas a promover de fato melhora relacionada aos desfechos clínicos desejados e na qualidade de vida.

No presente estudo evidenciou-se que o indivíduo com DP possui inúmeras necessidades, as quais transcendem o medicamento. Isso é refletido no perfil de intervenções realizadas, as quais estão, predominantemente, vinculadas à mudança de comportamento, não requerendo, necessariamente, alteração na pauta terapêutica. A principal intervenção foi relativa à orientação com relação ao tratamento não farmacológico (28,5%), a qual era na sua imensa maioria direcionada a distúrbios autossômicos, responsáveis pela piora na qualidade de vida e que por vezes era negligenciada pelos profissionais médicos.

Diferentemente de outras doenças crônicas, as quais possuem um parâmetro clínico definido, na DP a avaliação clínica para verificar a efetividade do tratamento farmacológico é feita observando-se a sintomatologia, a qual se agrava no decorrer dos

anos por se tratar de uma doença degenerativa. O descontrole desses sintomas pode ser devido à não adesão ao tratamento, mas pode ser confundida com os sintomas da progressão da doença. Relacionado a isso, um importante benefício que o STF trouxe para o paciente com DP foi a melhora na adesão, com uma redução no número de não aderentes. Um dos pontos chaves para promover a adesão nesse grupo de pacientes, além do aumento do conhecimento sobre a doença e seu tratamento, foi o entendimento do farmacêutico acerca da multifatorialidade da doença que pode contribuir para a não administração do medicamento. Saber trabalhar essa questão através de uma comunicação efetiva e que torne o paciente protagonista do seu cuidado, aumenta significativamente a adesão ao tratamento.

O efeito do SFT sobre a QV representou uma melhora clínica significativa, visto que, por se tratar de uma doença crônica neurodegenerativa, manter ou melhorar a percepção da QV dos pacientes é considerado um dos grandes desafios a ser buscado pelos profissionais de saúde durante a elaboração do plano terapêutico. Um destaque a ser feito refere-se ao impacto humanístico que o serviço de SFT representou na vida dos cuidadores e pacientes com DP que pode ser traduzido tanto na melhora significativa da QV dos pacientes no domínio referente ao bem estar emocional como através do elevado grau de satisfação com o serviço farmacêutico clínico.

É notório o fato de manter uma relação terapêutica pautada na confiança e na criação de vínculo colabora não apenas para o aumento da adesão, mas também para a melhora do bem estar emocional, uma vez que o paciente ao ser ouvido sente-se acolhido em suas demandas, o que se reflete na satisfação do paciente pelo serviço de saúde no qual está sendo assistido.

Evidencia-se assim, que um serviço farmacêutico clínico pode trazer importantes benefícios para esse grupo de pacientes tanto do ponto de vista clínico como humanístico. Entretanto, como trata-se de um serviço ainda “novo”, para implantá-lo alguns pontos são

cruciais: sensibilização/motivação da equipe para a prática clínica farmacêutica, a reengenharia dos processos de trabalho e criação de fluxos para o atendimento ao paciente de acordo com a complexidade de serviço farmacêutico clínico que o mesmo requer. A implantação do SFT não representa nenhum sacrifício ou utopia do ponto de vista técnico, apenas um desafio comportamental.

Como se trata de uma unidade escola, além de estruturar o serviço é fundamental que o ensino seja organizado de maneira a possibilitar o aprendizado, sendo que a metodologia do PBL pode ser uma ferramenta interessante a ser utilizada. Assim, o aluno poderá aprender a ser farmacêutico clínico a luz da prática, uma vez que clínica somente se aprende fazendo a clínica.

8 CONCLUSÕES FINAIS

1. Percebeu-se que a maioria da população estudada é idosa, polimedicada, apresenta pelo menos 1 PRM, possui baixa adesão à farmacoterapia e certa redução do déficit cognitivo. Essas características sugeriu que um serviço farmacêutico clínico pode produzir efeitos positivos nesses pacientes.
2. O SFT teve efeito positivo na adesão, QV e redução de PRM. Com relação às intervenções, 69,1% foram aceitas com melhora ou resolução do problema em 76,3% dos casos. As intervenções foram realizadas majoritariamente com os pacientes (73,7%) e as principais necessidades foram relacionadas à orientação ao tratamento não farmacológico (28,5%), orientação sobre o tratamento farmacológico (24,3%) e aprazamento (13,6%).
3. O grau de satisfação dos usuários foi elevado tanto com relação aos serviços da farmácia ($4,6 \pm 0,4$), quanto ao Serviço Farmacêutico Clínico ($4,7 \pm 0,3$), sendo que as principais contribuições do SFT estão relacionadas com a melhora na adesão e o empoderamento do paciente frente à doença e tratamento. O Grupo Focal trouxe os pontos mais humanísticos do SFT, ressaltando a relação farmacêutico-paciente como um dos pontos primordiais para o sucesso deste serviço.
4. Percebeu-se que para a solidificação do SFT como serviço dentro de uma farmácia três ações são cruciais: a sensibilização/motivação da equipe para a prática da clínica farmacêutica, a reengenharia dos processos de trabalho e a criação de fluxos para o atendimento ao paciente de acordo com a complexidade de serviço farmacêutico clínico que o mesmo requer.

5. Com a implantação do serviço farmacêutico clínico na FE, a partir da experiência com SFT, de acordo com a necessidade requerida pelo paciente, estaremos avançando na busca por serviços de qualidade centrados no cuidado de pacientes.

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- Dentre as limitações do estudo, primeiramente está o tamanho da amostra. A população de pacientes atendidos na FE é de 161 e, pela falta de um parâmetro de seleção adequado e válido para pacientes com DP, optou-se por uma amostra por conveniência, considerando os critérios de exclusão definidos, motivo pelo qual não podemos extrapolar os dados deste estudo a toda população acometida pela Doença de Parkinson;
- Não existência de parâmetro validado que avalie a necessidade do paciente com DP de um serviço farmacêutico mais complexo. Assim, todos que aceitaram participar do SFT e que cumpriam com os critérios de inclusão foram incluídos na amostra;
- Não foi possível avaliar o grau da DP pela escala de Hoehn e Yahr (HY), devido à necessidade de maior conhecimento clínico e prático;
- Dificuldade de avaliação da aceitação das intervenções farmacêuticas por parte dos médicos. A não apresentação do serviço de SFT pessoalmente aos médicos responsáveis pelos acompanhamentos dos pacientes pode ter contribuído para esta dificuldade. Considerou-se no estudo a não alteração na terapia como não aceitação da intervenção, contudo, não houve oportunidade, em todos os casos, para discussão dos motivos, o que caracterizaria melhor a viabilidade da intervenção;
- E, perda de 21,4% da amostra, sendo que o principal motivo de saída dos pacientes foi por desistência (10%), seguido de morte (5,7%).

10 CONTRIBUIÇÕES

10.1 PARA A CIÊNCIA

- Resultados farmacoepidemiológicos e clínicos de uma boa amostra de pacientes com DP de Florianópolis;
- Identificação dos principais PRM sofridos por pacientes com DP evidenciados durante o SFT, o que é importante para o desenvolvimento de novas estratégias de cuidado ao paciente;
- Conhecimento acerca dos principais fatores envolvidos na não adesão ao tratamento farmacológico e identificação das ações mais efetivas para melhorar a adesão;
- Disseminação de estratégia para a implantação dos serviços farmacêuticos voltado ao cuidado centrado no paciente;
- Proposta de estruturação desse serviço em uma farmácia escola contribuirá para a disseminação de conhecimentos clínicos e promoverá a formação de farmacêuticos clínicos.

10.2 PARA A SOCIEDADE

- Conseguiu-se com o SFT melhorar a efetividade e segurança do tratamento antiparkinsoniano deste grupo e torná-lo mais cômodo ao paciente;
- Foi possível demonstrar o benefício do serviço farmacêutico clínico, podendo assim, estimular a formulação de políticas que privilegiem não apenas o acesso, mas o serviço farmacêutico como um todo a ser oferecido de maneira individualizada de acordo com a necessidade e complexidade de cada paciente;

- A proposição de um serviço farmacêutico voltado aos pacientes com DP que considere toda a complexidade da doença e seus reflexos sob a família e sociedade, acolherá esse paciente de maneira integral dentro do SUS.

10.3 PARA A PROFISSÃO FARMACÊUTICA

- Condução de atividades de incentivo e monitoramento da adesão pelo serviço farmacêutico;
- Melhorar a visibilidade do potencial do profissional farmacêutico para a sociedade;
- Desenvolvimento de habilidades e atitudes para a prática clínica na formação a nível de graduação e pós-graduação;
- Desenvolvimento, no âmbito farmacêutico, da integralidade da atenção à saúde e da atuação em equipe;
- Desenvolvimento de uma boa comunicação nas práticas em saúde de modo a ser mais assertivo nas intervenções.

11 REFERÊNCIAS

- ¹ BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ciência, tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Doença de Parkinson. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_doenca_parkinson_livro_2010.pdf
- ² BRAAK, H., et al. Stanley Fahn Lecture 2005: The staging procedure for the inclusion body pathology associated with sporadic Parkinson's disease reconsidered. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 21, n.12, p. 2042–2051, 2006.
- ³ TEIVE, H. A. G. O papel de charcot na doença de parkinson. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 141-145, 1998.
- ⁴ PANKRATZ, N. D.; WOJCIESZEK, J.; FOROUD, T. Parkinson Disease Overview. **GeneReviews** [online], Seattle (WA): University of Washington, Seattle, p.1993-2013, 2004 May 25 [updated 2009 Jul 09].
- ⁵ MASSANO, J. Doença de Parkinson: Atualização Clínica. **Acta médica portuguesa**, Lisboa-Portugal, v. 24, supl.4, p.827-834, 2011.
- ⁶ DE LAU, L. M. L.; BRETILER, M. M. B. Epidemiology of Parkinson's disease. **Lancet neurology**, London - Inglaterra, v. 5, n. 6, p. 525–535, 2006.

⁷ TWELVES, D.; PERKINS, K. S. M.; COUNSELL, C. Systematic Review of Incidence Studies of Parkinson's Disease. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 18, n. 1, p. 19–31, 2003.

⁸ VAN DEN EEDEN, S. K., et al. Incidence of Parkinson's Disease: Variation by Age, Gender, and Race/Ethnicity. **American journal of epidemiology**, Baltimore-USA, v.157, n. 11, p. 1015–1022, 2003.

⁹ ELBAZA, A., et al. Risk tables for parkinsonism and Parkinson's disease. **Journal of Clinical Epidemiology**, Auckland-Nova Zelândia, v. 55, n. 1, p. 25–31, 2002.

¹⁰ ELBAZ, A.; TRANCHANT, C. Epidemiologic studies of environmental exposures in Parkinson's disease. **Journal of the Neurological Sciences**, Izmir-Turquia, v. 262, n. 1-2, p. 37–44, 2007.

¹¹ POSADA, I. J., et al. Mortality from Parkinson's Disease: A Population-Based Prospective Study (NEDICES). **Movement Disorders**, New York-USA, v. 26, n. 14, p.2522-2529, 2011.

¹² HELY, M. A., et al. The Sydney Multicenter Study of Parkinson's Disease: The Inevitability of Dementia at 20 years. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 23, n. 6, p. 837–844, 2008.

¹³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.html. Acesso em: 19 jul. 2013.

-
- ¹⁴ LEES, A. J.; HARDY, J.; REVESZ, T. Parkinson's disease. **Lancet**, New York-USA, v.373, p. 2055–2066, 2009.
- ¹⁵ GASSER, T. Molecular pathogenesis of Parkinson disease: insights from genetic studies. **Expert Reviews in Molecular Medicine**, Cambridge-Inglaterra v. 11,2009.
- ¹⁶ GOEDERT, M., et al. 100 years of Lewy pathology. **Nature reviews Neurology**, London-Inglaterra, v. 9, n. 1, p.13–24, 2013.
- ¹⁷ GASSER, T. Update on the Genetics of Parkinson's Disease. **Movement Disorders**, Tübingen-Alemanha, v. 22, n. 17, p.343-350, 2007.
- ¹⁸ DEL TREDICI, K.; BRAAK, H. Lewy Pathology and Neurodegeneration in Premotor Parkinson's Disease. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 27, n. 5, p. 597-607, 2012.
- ¹⁹ DAUER, W.; PRZEDBORSKI, S. Parkinson's disease: mechanisms and models. **Neuron**, Cambridge-USA, v. 39, n. 6, p.889-909, 2003.
- ²⁰ ANDREOLI, T. E.; CECIL, R. L. **Medicina Interna Básica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1225 p.
- ²¹ GOODMAN, L. S.; GILMAN, A. G.; BRUNTON, L.L. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 11. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2006. p. 471-479.
- ²² NICHOLLS, J. G., et al. **From Neuron to Brain**, 5 ed. Massachusetts: Sinauer Associates, 2012. p.525 – 526.

-
- ²³ BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociências: Desvendando o sistema nervoso**, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.145 p.
- ²⁴ HALLIDAY, G. M.; MCCANN, H. The progression of pathology in Parkinson's disease. **Annals New York Academy Sciences**, New York-USA, v. 1184, p. 188–195. 2010.
- ²⁵ POSTUMA, R. B., et al. Identifying Prodromal Parkinson's Disease: Pre-Motor Disorders in Parkinson's Disease. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 27, n. 5, p. 617-626, 2012.
- ²⁶ BERG, D. Is pre-motor diagnosis possible? – The European experience. **Parkinsonism and Related Disorders**, Kidlington – Inglaterra, v.18, supl. 1, p.195–198, 2012.
- ²⁷ CHAUDHURI, K. R.; SCHAPIRA, A. H. V. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. **Lancet neurology**, New York-USA, v. 8, n. 5, p.464–474, 2009.
- ²⁸ SAMII, A.; NUTT, J. G.; RANSOM, B. R. Parkinson's disease. **Lancet**, New York-USA, v.363, n. 9423, p.1783–1793. 2004.
- ²⁹ BERNAL-PACHECO, O., et al. Nonmotor Manifestations in Parkinson Disease. **The Neurologist**, Baltimore-USA, v. 18, n. 1, p. 1-16., jan.2012.
- ³⁰ PARK, A.; STACY, M. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. **Journal of neurology**, Berlim-Alemanha, v. 256, supl. 3, p.293–298, 2009.

-
- ³¹ PREDIGER, R. D., et al. Dopaminergic neurons in Parkinson's disease. In: KOSTRZEWA, R. **Handobook of Neurotoxicity**. New York: Springer-Verlag, 2013. p. 1-36. ISBN-13: 9781461458357.
- ³² PARKINSON SOCIETY CANADA. Canadian Guidelines on Parkinson's Disease. Canadian Journal of Neurological Sciences. Canadá, v. 39, n. 4, supl. 4, 36 p. 2012.
- ³³ THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITION. Parkinson's Disease: National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians, 2006. 242 p.
- ³⁴ MÜLLER, T. Drug therapy in patients with Parkinson's disease. **Translational Neurodegeneration**. London-Inglaterra, v.1, n. 1, p. 1-10, 2012.
- ³⁵ PEDROSA, D. J.; TIMMERMANN, L. Review: management of Parkinson's disease. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Albany-Nova Zelândia, v.9, p. 321-340, 2013.
- ³⁶ RANG, H. P., et al. Doenças Neurodegenerativas. In: **Farmacologia**, 6 ed. São Paulo: Elsevier, 2008. p. 517 – 520.
- ³⁷ ROWLAND, L. P.; MERRITT, H.; HOUSTON, H. **Tratado de neurologia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 776-783.
- ³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, nº 229 de 1 dez. 2009a.

³⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/-/saude/Gestor>>. [Acesso em: 10 mai. 2013].

⁴⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 229 de 1 dez. 2009b.

⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 262 p.

⁴² BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF:Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

⁴⁴ BRASIL. Lei nº 80.80 – 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

⁴⁵ BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm

⁴⁶ PAIM, J., et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet** [online], New York-USA. p. 11-31, mai. 2011. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBibliotec a.cfm?ID=13063&tipo=B>

⁴⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde. 2012.112 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria3916_98.pdf

⁴⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacautica/resolucao_n_338_06_05_2004.pdf

-
- ⁵⁰ IVAMA, A. M., et al. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.
- ⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 164 p.
- ⁵² SOARES, L., et al. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 107-116, jan.-mar. 2013.
- ⁵³ ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.137-46, 2006.
- ⁵⁴ CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia. 2006. p. 382.
- ⁵⁵ MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- ⁵⁶ MOULLIN, J. C., et al. Defining professional pharmacy services in community pharmacy. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, New York-USA, v. 9, p. 989–995, 2013.
- ⁵⁷ 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**, Ananindeua-Pará, v. 2, n. 3, p.41-49, 2011.

⁵⁸ CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução N° 585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>

⁶⁰ PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, out./dez., 2008.

⁶¹ OLIVEIRA, A. B., et al. Obstáculos da Atenção Farmacêutica no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 41, n. 4, p.409-413, 2005.

⁶² DOS SANTOS, R. I. **Concepções de Assistência Farmacêutica no contexto histórico Brasileiro**. 2011. 172 f.. Tese (Doutorado em Farmácia) – Universidade Federal de Farmácia, Florianópolis, 2011.

⁶³ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Guía Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud**. 4 ed. Washington: OPAS, jun. 2011. 83 p.

⁶⁴ HEPLER, C. D.; STRAND, L.M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. **American journal of hospital pharmacy**, Bethesda-USA, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

⁶⁵ CIPOLLE, R. J.; STRAND. L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical care practice: the clinician`s guide**. 2 ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 624p.

⁶⁶ CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 440 p.

⁶⁷ OLIVEIRA, D. R. **Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. 1 ed. São Paulo: RCN Editora. 2011. 328 p.

⁶⁸ MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J. **Método Dáder: Manual de Acompanhamento Farmacoterapêutico**. Granada: GIAF-UGR, 2003.

⁶⁹ DADER, M. J. F.; MUÑOZ, P. A.; MARTÍNEZ-MARTINEZ, F. **Atenção Farmacêutica: conceitos, processos e casos clínicos**. São Paulo: Racine editora, 2008. 246 p.

⁷⁰ GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA. Dader Method to provide pharmacotherapy follow-up. **Ars Pharm**, v.46, n.4, p. 309-337, 2005.

⁷¹ STRAND, L. M.; CIPOLLE, R. J.; MORLEY, P. C. Documenting the Clinical Pharmacist's activities: back to basics. **Drug intelligence and clinical pharmacy**, Hamilton-USA, v.22, n.1, p.63-67, 1988.

⁷² BJORKMAN, I. K.; BERNSTEN, C. B.; SANNER, M. A. Care ideologies reflected in 4 conceptions of pharmaceutical care. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, New York-USA, v. 4, n. 4, p.332-342, 2008.

⁷³ZIERLER-BROWN, S., et al. Clinical documentation for patient care: models, concepts, and liability considerations for pharmacists.

American journal of health-system pharmacy, Bethesda-USA, v. 64, n. 17, p.1851-1858, set. 2007.

⁷⁴ STRAND, L. M., et al. Drug-related problems: their structure and function. **American journal of hospital pharmacy**, Bethesda: USA, v. 25, n. 11, p. 1093-1097. 1990.

⁷⁵ CONSENSUS COMMITTEE. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos. **Ars Pharmaceutica**. Granada, v. 43, n. 3-4, p. 175-184, 2002.

⁷⁶ CONSENSUS COMMITTEE. Third Consensus of Granada on Drug Related Problems (DRP) and Negative Outcomes associated with Medication (NOM). **Ars Pharmaceutica**. Granada, v. 48, n. 1, p. 5-17, 2007.

⁷⁷ PHARMACEUTICAL CARE NETWORK EUROPE FOUNDATION. PCNE. Clasificación de problemas relacionados con medicamentos. (revisado 14-01-2010 vm) V6.2. Disponível em: <http://www.pcne.org>

⁷⁸ FOPPA, A. A., et al. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, Oct./Dec. 2008.

⁷⁹ASEN, K. E.; TOMSON, P. **Atención Familiar: Guia práctica para los profesionales de la salud**. 1 ed. Barcelona: Paidós, p.13-51, 1997.

⁸⁰ NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. E. Contribuição do Genograma e Ecomapa para o Estudo de Famílias

em Enfermagem Pediátrica. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 280-286, 2005.

⁸¹ MORE, C. L. O. O. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia**, Ribeirão Preto-São Paulo, v. 15, n. 31, p. 287-297, 2005..

⁸² SLUZKI, C. E. **A rede social na pratica sistêmica: alternativas terapêuticas**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 37- 85, 2003.

⁸³ CECAGNO, S.; SOUZA, M. D.; JARDIM, V. M. R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Health Sciences**, Maringá, v. 26 n.1, p. 107-112, 2004.

⁸⁴ LANA, R. C.; GOULART, F. R. P.; MAIA, T.; PRUDENTE, C.; CARDOSO, F. Estudo da confiabilidade do Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson – 39 (PDQ-39). In: **Anais do VIII Encontro de Extensão da UFMG**. 2005. Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG; 2005. p. 01-06.

⁸⁵ SOUZA, R. G., et al. Quality of life Scale in Parkinson´s Disease. **Arquivos de neuro-psiquiatria**. São Paulo, v. 65, n. 3, p. 787-791, 2007.

⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - n.º 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília. 2006.

⁸⁷ MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, n. 1, p. 67-74. 1986.

⁸⁸ DI CAUDO, C.; LUQUIN, M. R. Enfermedad de Parkinson. **Medicine**, Espana, v. 10, p.8-15, 2011.

⁸⁹ DE LAU, L. M. L.; BRETELER, M. M. B. Epidemiology of Parkinson's disease. **Lancet neurology**, London - Inglaterra, v. 5, n. 6, p. 525–535, 2006.

⁹⁰ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE [Internet]. 2013. Ranking de proporção de raças: Santa Catarina tem a maior proporção de brancos do país. [citado em 9 de janeiro de 2013]. Disponível em: <http://portalsobresantacatarina.com.br/rankings/ranking-de-proporcao-de-racas-santa-catarina-tem-a-maior-proporcao-de-brancos-do-pais/>

⁹¹ CERES INTELIGÊNCIA FINANCEIRA [Internet]. Belo Horizonte/Minas Gerais. 2012. Estudo dos Indicadores Socioeconômicos da População Negra da Grande Florianópolis; [março 2012] Disponível em http://www.cfh.ufsc.br/~nuer/arquivos/r-rrqimghvql_estudo-socioeconomico-da-populcao-negr.pdf

⁹²INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA [Internet]. 2013. Atlas do desenvolvimento humano no brasil 2013. **Perfil do município de Florianópolis SC**. Disponível em: (http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/florianopolis_sc).

⁹³ BRUCKI, S. M. D., et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3, p. 777-781, 2003.

-
- ⁹⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Organization Quality of Life Assessment (Whoqol). **Position paper from the World Health Organization**. Social Science and Medicine, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- ⁹⁵ NAVARRO-PETERNELLA, F. M.; MARCON, S. S. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Maringá, v. 2, n. 20, p.1-8, mar. 2012.
- ⁹⁶ SILVA, J. A. M. G.; DIBAI FILHO, A. V.; FAGANELLO, F. R. Measurement of quality of life for individuals with Parkinson's disease through the questionnaire PDQ-39. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 1, p.141-146, mar. 2011.
- ⁹⁷ CAMARGOS, A. C. R., CÓPIO, F. C. Q.; SOUSA, T. R. R.; GOULART, F.O impacto da doença de parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos-São Paulo, v. 8, n. 3, 2004.
- ⁹⁸ CAROD-ARTAL, F. J.; VARGAS, A.P.; MARTINEZ-MARTIN, P. Determinants of Quality of Life in Brazilian Patients with Parkinson's Disease. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 22, n. 10, p. 1408 –1415, 2007.
- ⁹⁹ SILVA, F. S., et al. Evolução da doença de Parkinson e comprometimento da qualidade vida. **Revista Neurociências**, São Paulo, v.18, n. 4, p. 463-468, 2010.
- ¹⁰⁰ LETRO, G. H.; QUAGLIATO, E. M.; VIANA, A. A. Pain in Parkinson's disease. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 67, n. 3, p.591-594, jun. 2009.

¹⁰¹ HESS, C.; FORD, B. Pain in Parkinson's Disease: Pathophysiology, Classification, and Clinical Approach. **Parkinson's Disease and Nonmotor Dysfunction**, New York-USA, p.349-364, 2013.

¹⁰² TOSTA, E. D., et al. **Doença de Parkinson: recomendações**. 1 ed. São Paulo: Omnifarma. 2010. 142 p.

¹⁰³ HELY, M. A., et al. Sydney Multicenter Study of Parkinson's disease: non-L-dopa-responsive problems dominate at 15 years. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 20, n.2, p.190-199, 2005.

¹⁰⁴ BARONE, P., et al. The priamo study: a multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 24, n. 11, p.1641-1649, 2009.

¹⁰⁵ SILVA, P.; LUÍS, S.; BISCAIA, A. Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa-Portugal, v. 20, p. 323-336, 2004

¹⁰⁶ SECOLI, S. R. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 28-34, 2001.

¹⁰⁷ OGA, S.; BASILE, A. C.; CARVALHO, M. F. **Guia Zanini-Oga de Interações Medicamentosas**. São Paulo: Atheneu, 2002.

¹⁰⁸ JUNIOR PIVATTO F., et al. Potenciais interações medicamentosas em prescrições de um hospital-escola de Porto

Alegre. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 3, p. 251-256, jul.-set. 2009.

¹⁰⁹ BAGATINI, F., et al. Potenciais interações medicamentosas em pacientes com artrite reumatóide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 51, n. 1, p.20-39. 2011.

¹¹⁰ BACKES, P. **Identificação e avaliação de potenciais interações medicamentosas em prescrições de pacientes internados no Hospital Universitário da UFSC**. 2013. 139 f.. Dissertação [Mestrado em Farmácia] – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

¹¹¹ SOUZA, P. M.; SANTOS-NETO, L. L.; KUSANO, L. T. E. Diagnóstico e controle da polifarmácia no idoso. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 6, p. 1049-1053, 2007.

¹¹² BACHMANN, K. A. et al. **Interações medicamentosas**. 2. ed. Ohio: Lexicomp, 2004. 887 p.

¹¹³ BARONE, P. Treatment of depressive symptoms in Parkinson's disease. **European Journal of Neurology**, Oxford-Inglaterra, v. 18, n. 1, p. 11–15, 2011.

¹¹⁴ CHUNG, T. H., et al. Systematic review of antidepressant therapies in Parkinson's disease. **Parkinsonism and Related Disorders**, Kidlington –Inglaterra, v. 10, n. 2, p. 59 – 65, 2003.

¹¹⁵ WOOD, L. D., et al. Clinical review of treatment options for select nonmotor symptoms of parkinson's disease. **The American Journal of Geriatric pharmacotherapy**, Hillsborough-USA, v. 8, n. 4, p. 294–315, 2010.

¹¹⁶ VAJDA, F. J. E.; SOLINAS, C. Current approaches to management of depression in Parkinson's disease. **Journal of clinical neuroscience**, Melbourne-Escócia, v. 12, n. 7, p. 739 – 743, 2005.

¹¹⁷ CHEN, J. J. Anxiety, depression and psychosis in Parkinson's disease: unmet needs and treatment challenges. **Neurologic Clinics**, Philadelphia-USA, v. 22, p. S63 – S90, 2004.

¹¹⁸ FRISINA, P. G. Depression in Parkinson's disease: Health risks, etiology, and treatment options. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Albany-Nova Zelândia, v. 4, n. 1, p.81–91, fev. 2008.

¹¹⁹ SAWABINI, K. A.; WATTS, R. L. Treatment of depression in Parkinson's disease. **Parkinsonism and Related Disorders**, Kidlington –Inglaterra, v. 10, supl. 1, p. 37–41, 2004.

¹²⁰ GROSSET D, et al. Adherence to Antiparkinson Medication in a Multicenter European Study. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 24, n. 6, p. 826–832. 2009.

¹²¹ PARKINSON STUDY GROUP. Pramipexole vs. levodopa as initial treatment for Parkinson disease: a randomized controlled trial. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago-USA, v. 284, n.15, p. 1931-1938, 2000.

¹²² MARINUS, J., et al. Health related quality of life in Parkinson's disease: a systematic review of disease specific instruments. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London-Inglaterra, v. 72, n. 2, p 241-248, 2002.

¹²³ KULKARNI, A. S., et al. Medication Adherence and Associated Outcomes in Medicare Health Maintenance Organization-Enrolled Older Adults with Parkinson's Disease. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 23, n. 3, p. 359–365, 2008.

¹²⁴ GROSSET, K. A.; BONE, I.; GROSSET, D. G. Suboptimal Medication Adherence in Parkinson's Disease. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 20, n. 11, p. 1502-1507, 2005.

¹²⁵ GROSSET, D. Therapy adherence issues in Parkinson's disease. **Journal of the Neurological Sciences**, Izmir-Turquia, v. 289, p. 115–118, 2010.

¹²⁶ GROSSET, K. A.; GROSSET, D. G. Effect of educational intervention on medication timing in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. **BMC Neurology**, London-Inglaterra, v. 7, p. 1-6, 2007.

¹²⁷ BROOKS, D. J. Optimizing levodopa therapy for Parkinson's disease with levodopa/carbidopa/entacapone: implications from a clinical and patient perspective. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Albany-Nova Zelândia, v. 4, n.1, p. 39–47, 2008.

¹²⁸ DAVIS, K. L.; EDIN, H. M.; ALLEN, J.K. Prevalence and Cost of Medication Nonadherence in Parkinson's Disease: Evidence from Administrative Claims Data. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 25, n. 4, p.474-480, 2010.

¹²⁹ SCHRODER, S., et al. Drug-related problems in Parkinson's disease: the role of community pharmacists in primary care. **International journal of clinical pharmacy**, Dordrecht-Holanda, v. 33, n. 4, p. 674–682, 2011.

¹³⁰ POON, L. H.; et al. Pharmacist's role in a Parkinson's disease and movement disorders clinic. **American journal of health-system pharmacy**, Bethesda-USA, v. 69, n. 6, p. 518-520, mar. 2012.

¹³¹ MARTINEZ-MARTIN, P., et al. Health-Related Quality-of-Life Scales in Parkinson's Disease: Critique and Recommendations. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 26, n. 13, p. 2371-2380, 2011.

¹³² PAPAPETROPOULOS, S. S. Patient Diaries as a Clinical Endpoint in Parkinson's Disease clinical trials. **CNS Neuroscience & Therapeutics**, Oxford-Inglaterra, v. 18, n. 5, p. 38—387, mai. 2012.

¹³³ CHRISTOFOLETTI, G. Aspectos físicos e mentais na qualidade de vida de pacientes com doença de Parkinson idiopática. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 65-9, jan./mar. 2009.

¹³⁴ AGUIAR, P. M.; BALISA-ROCHA, B. J.; LYRA JÚNIOR, D. P. Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara – São Paulo, v. 34, n. 3, p. 401-410, 2013.

¹³⁵ GASTELURRUTIA, M. A., et al. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. **Pharmacy world & Science**, The Hague-Germany, v. 31, n. 1, p. 32-39, 2009.

¹³⁶ CABRAL, A. L. L. V. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

¹³⁷ SCHRAG, A.; JAHANSHAH, M.; QUINN, N. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 69, n. 3, p. 308-312, 2000.

¹³⁸ GROSSET, K. A.; REID, J. L.; GROSSET, D. G. Medicine-taking behavior: implications of suboptimal compliance in Parkinson's disease. **Movement Disorders**, New York-USA, v. 20, n. 11, p.1397-1404, 2005.

¹³⁹ DALEY, D. J. The use of carer assisted adherence therapy for people with Parkinson's disease and their carers (CAAT-PARK): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, London-Inglaterra, v. 12, p. 1-12, 2011.

¹⁴⁰ GUSMÃO, J. L.; JUNIOR MION, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 23-25, 2006.

¹⁴¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies Evidence for action**. 2003. 211 p. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

¹⁴² MACLAUGHLIN, E. J., et al. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? **Drugs aging**, Mairangi Bay-Nova Zelândia, v. 22, n.3, p. 231-55, 2005.

¹⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de humanização: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da saúde, jan. 2004. 32 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf

¹⁴⁴ PANVELKAR, P. N.; SAINI, B.; ARMOUR, C. Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review. **Pharmacy world & Science**, The Hague-Alemanha, v. 31, n. 5, p. 525–537, out. 2009.

¹⁴⁵ CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução Nº 480 de 25 de junho de 2008. Dispõe sobre os serviços farmacêuticos na farmácia-escola, pública ou privada, e dá outras providências. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.julho.08/iels125/U_RS-CFF-480_250608.pdf

¹⁴⁶ FIGUEIREDO, N. M. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

¹⁴⁷ CORRER, C. J., et al. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 87-96, 2009.

¹⁴⁸ GUIX, J. Analizando los “porqués”: los grupos focales. **Revista Calidad Asistencial**, Tarragona-España, v. 18, n. 7, p.598-602, set. 2003.

¹⁴⁹ CONILL, E. M., et al. O mix público-privado na utilização dos serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência e**

saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, set-out. 2008.

¹⁵⁰ DE OLIVEIRA, D. C.; BRUMMEL A. R.; MILLER, D. B. Medication Therapy Management: 10 Years of Experience in a Large Integrated Health Care System. **Journal of Managed Care Pharmacy**, Alexandria-USA, v. 16, n. 3, p. 185-195, abr. 2010.

¹⁵¹ CASTRO, M. S.; CORRER, C. J. Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Brazil. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 41, n. 9, p. 1486-1493, set. 2007.

¹⁵² GOMES, C. A. P., et al. **A Assistência Farmacêutica na Atenção a Saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: fundação Ezequiel Neve. 2010. 170 p.

¹⁵³ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de Salud**. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC : OPS, 2013.

¹⁵⁴ PEREIRA, M. L. Da Teoria à Prática: Relatos da Experiência de Implantação da Clínica de Atenção Farmacêutica em Minas Gerais, **Latin American Journal of Pharmacy**, Buenos Aires-Argentina, v. 28, n. 6, p. 869-875, 2009.

¹⁵⁵ DUALDE, E., et al. Impact of Pharmacists' Participation in a Pharmacotherapy Follow-Up Program American. **American Association of Colleges of Pharmacy**, Des Moines-USA, v. 76, n. 2, art. 34, p. 1-5, 2012.

¹⁵⁶ HAMMER, M.; CHAMPY, J. **Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution**. London: Nicholas Brealey. 1993. 257 p.

¹⁵⁷ FRANCA FILHO, J. B., et al. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, São Paulo** [online], v. 44, n. 1, p. 105-113, 2008.

¹⁵⁸ FRANCESCHET, I. **Análise das atividades realizadas pelos farmacêuticos no serviço de farmácia pública no município de Florianópolis, SC**. 2002. 194f. Dissertação (Mestrado em Farmácia). Universidade Federal de Farmácia, Florianópolis, 2002.

¹⁵⁹ MACHUCA, M. **Guía para la implantación de servicios de gestión integral de la farmacoterapia**. Sevilla: Organización de farmacêuticos ibero-latinoamericanos (OFIL), 2012. 16 p.

¹⁶⁰ CHEMELLO, C.; DE SOUZA, F.; DE SOUZA, E. P.; FARIAS, M. R. Pharmaceutical care as a strategy to improve the safety and effectiveness of patients pharmacotherapy at a Pharmacy School: a practical proposal. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. [in press]

¹⁶¹ SAVERY, J. R. Overview of Problem-based Learning: Definitions and Distinctions. **Interdisciplinary Journal of Problem-based Learning**. [online], Memphis-USA, v. 1. Issue 1, art. 3, p. 5-22, 2006.

¹⁶² HMELO-SILVE, C. E. Problem-Based Learning: What and How Do Students Learn? **Educational Psychology Review**, New York-USA, v. 16, n. 3, p. 235-266, set. 2004.

¹⁶³ CASTRO, M. S.; CHEMELLO, C.; FUCHS, F. Contribuição da Atenção Farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 13, n. 3, p. 198-202, 2006.

¹⁶⁴ FREITAS, R. L. **Revelando a experiência do pacientes com atenção farmacêutica: uma abordagem qualitativa**. 2005. 125 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

¹⁶⁵ ISETS, B. J., et al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: The Minnesota experience. **Journal of American Pharmacists Association**. v. 48, p. 203-211, 2008.

¹⁶⁶ LYRA JUNIOR, D. P., et al. Impact of pharmaceutical care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirão Preto, Brazil. **Therapeutics and Clinical Risk Management**. v. 3, p. 989-998, 2007.

¹⁶⁷ PANDE, S., et al. The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews** [online], Oxford-Inglaterra, Issue 7, 2013.

APÊNDICE 1 – PROTOCOLO DE SFT

PROTOCOLO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

FARMACÊUTICAS: Aline ~~Cassia~~ e Clarice ~~Chaves~~

1ª Consulta

Data: / / Tempo:

→ Dados pessoais:

Nome do Paciente: _____ Sexo: _____
 Data de nascimento: _____ Telefone: _____
 Endereço: _____ Centro de Saúde: _____
 Ocupação: _____ Anos de estudo: _____
 Médico neurologista: _____
 Nome do cuidador: _____
 Serviço de saúde (Público/Privado): _____
 Amostra de sangue: sim__ não__ Raça: _____
 Já fez Seguimento antes? sim__ não__

CONHECER O USUÁRIO

Genograma (Família e relações familiares)

Ecomapa (Trabalho, amigos, comunidade e família)

Conhecendo a rotina

Fale sobre você.

Pode me contar sobre um dia normal da sua vida (trabalho, alimentação, atividade física, lazer)

PROTOCOLO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

FARMACÊUTICAS: Aline *Cassia* e Clarice *Cassiano*

Cigarro: <i>(SIM/NÃO e FREQUÊNCIA)</i>	Alcool:	Café:	Chimarrão:	Água:
--	----------------	--------------	-------------------	--------------

DOENÇA E TRATAMENTO

O que essa doença representa na sua vida (medos, experiências, ganho secundário, conhecimento da doença em si)
 O que você acha que poderia fazer para melhorar a sua situação?
 Como o senhor(a) se sente com relação ao seu tratamento?
 Está satisfeito com seus medicamentos?

Doenças diagnosticadas:

Outras queixas:

Parâmetros Clínicos

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

PA: _____ Glicemia: _____

Tempo de diagnóstico da doença: _____

Grau da DP: _____

PROTOCOLO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

FARMACÉUTICAS: Aline ~~Costa~~ e Clarice ~~Chaves~~

Alergias

Possui histórico de alergia?

Você já teve alguma REAÇÃO ADVERSA a medicamento que utilizou anteriormente?

O que aconteceu quando utilizou este medicamento?

O que aconteceu quando parou de utilizar este medicamento?

Você teve que tomar novamente este medicamento?

Histórico Familiar

Medicamentos em uso:

Nome:

Dose:	Posologia:
Quem receitou?	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Nome:

Dose:	Posologia:
Quem receitou?	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

PROTOCOLO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

FARMACÊUTICAS: Aline ~~Carra~~ e Clarice ~~Cleoudo~~

Nome:

Dose:	Posologia:
Quem receitou?	Para que é?
Como se sente?	Desde quando?
Como toma?	Até quando?
Alguma dificuldade?	Algo estranho?

Medicamentos utilizados anteriormente

Problema de saúde:	
Medicamento:	Medicamento:
Dose:	Dose:
Posologia:	Posologia:
Data início:	Data início:
Data término:	Data término:
Motivo interrupção:	Motivo interrupção:

Problema de saúde:	
Medicamento:	Medicamento:
Dose:	Dose:
Posologia:	Posologia:
Data início:	Data início:
Data término:	Data término:
Motivo interrupção:	Motivo interrupção:

TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO

Além desses medicamentos o que você tem feito para cuidar da sua saúde? (Chás, dieta, atividade física, fisioterapia e grupos)

Hospitalizações e/ou atendimento de urgência

PROTOCOLO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

FARMACÉUTICAS: Aline Esper e Clarice Queiroz

	Cespa/ <u>seborreia</u>		
	Ouvido/audição		
	Olhos/visão		
R	Nariz/ Rinite		
E	Boca/ garganta/ voz		
V	Mão/unhas		
S	Pés/unhas		
Ã	Problemas de pele		
O	Dor muscular		
	Dor de cabeça		
D	Dor nas articulações		
O	Dor nas costas / coluna		
S	Coração/ dor no peito		
	Pulmão/ falta de ar		
S	Queimação/ azia		
I	Dor de estômago		
T	Mã digestão		
E	Constipação		
M	<u>Diarreia</u> / Problemas hepáticos		
A	Edema		
S	Alteração Renal		
	Úrina (ardor, dificuldade de urinar)		
	Incontinência		
	Tontura vertigem		
	Alucinações/ pesadelos		

Questionário de Qualidade de vida para pacientes com Parkinson (PDQ39)

Análise da Aderência: Contagem de comprimidos mensal e questionário de Morisky-Green-Levine

PERGUNTAS	SIM	NÃO
Alguma vez se esquece de tomar os medicamentos?		
Toma os medicamentos na hora indicada?		
Deixa de tomar os medicamentos alguma vez quando se sente bem?		
Quando se sente mal, deixa de tomar a medicação?		

Término da primeira consulta

PROTOCOLO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

FARMACÊUTICAS: Aline ~~Carla~~ e Clarice ~~Carvalho~~

0

Avaliação (lista de problemas)**Plano de ação** (estabelecer as objetivos farmacoterapêuticos e programar as intervenções)

APÊNDICE 2 – DIÁRIO FARMACOTERAPÊUTICO



SERVIÇO DE SEGUIMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO



DIÁRIO FARMACOTERAPÊUTICO

Nome: _____

Cuidador: _____

Farmacêutica: _____

Consulta 1 Dia: _____ Hora: _____

Consulta 2 Dia: _____ Hora: _____

Consulta 3 Dia: _____ Hora: _____

Consulta 4 Dia: _____ Hora: _____








Consulta 5 Dia: _____ Hora: _____

Consulta 6 Dia: _____ Hora: _____

Obs.: A primeira consulta pode tardar entre 30-40 minutos.

Na primeira consulta, não esqueça de trazer todos os medicamentos que toma!







SEMANA 1

 TURNO							TREMORES	
							Não	Sim/horário
SEGUNDA								
TERÇA								
QUARTA								
QUINTA								
SEXTA								
SÁBADO								
DOMINGO								

SEMANA 1



O QUE COMI HOJE:

						
TURNO						
SEGUNDA						
TERÇA						
QUARTA						
QUINTA						
SEXTA						
SÁBADO						
DOMINGO						

COMENTÁRIOS (Anotar tudo que queira dizer ou perguntar ao farmacêutico na próxima consulta que tenha ocorrido nessa semana. Por exemplo: Sentiu algo diferente ou estranho? Não tomou algum medicamento e por que, etc.):

APÊNDICE 3 - FOLHETO DE MEDICAMENTOS

Siga as instruções dadas sobre seu tratamento pelo seu médico e/ou farmacêutico. Nunca deixe de tomar seus medicamentos. Assim, conseguirá os melhores resultados de seu tratamento e melhorará sua qualidade de vida.

Leve sempre consigo o nome dos medicamentos que utiliza, pois em caso de uma emergência quem lhe atender saberá o que está tomando!



ATENÇÃO!

VOCE SABE QUAIS SÃO OS MEDICAMENTOS PARA PARKINSON FORNECIDOS PELO SUS?

MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELO SUS PARA TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Iniciativa abrir processo)

Amantadina 100mg
Biomocrigina 25mg
Entacapona 200mg
Fampridona 375mg
Fampridona 150mg
Salsglina 5mg

Componente Básico da Assistência Farmacêutica
Levodopa benzerazida 100/25mg
Levodopa benzerazida 200/50mg
Levodopa Carbidopa 250/25mg



Farmácia Escola UF SC/PMF
Rua Delfino Conti, 59 - Trindade
Tel.: 3721-4043

SERVIÇO DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

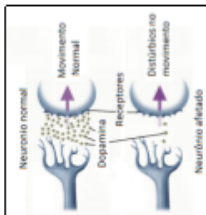


INFORMAÇÃO SOBRE LEVODOPA-BENSERAZIDA

FARMACÉUTICAS RESPONSÁVELS:
CLARICE CHEMELLO
ALINE FOPPA

DOENÇA DE PARKINSON (DP)

É uma doença neurológica que ocorre devido à degeneração das células situadas no cérebro (substância nigra) responsáveis pela produção da dopamina. A falta ou diminuição da dopamina afeta os movimentos provocando: tremores, lentidão de movimentos, rigidez muscular, desequilíbrio, e alterações na fala e na escrita.



O Parkinson é uma doença crônica, de evolução variável e causa ainda desconhecida. Apesar de ainda ser uma doença sem cura, hoje é possível garantir uma boa qualidade de vida aos indivíduos com Parkinson através do uso adequado dos medicamentos e da prática de atividades físicas, fisioterapia, exercícios para a voz, cuidados com a alimentação e apoio psicológico.

O QUE É LEVODOPA-BENZERAZIDA?

Levodopa=precursor da dopamina

PARA QUE SERVE?



Para tratar a Doença de Parkinson (DP), reduzindo seus sintomas: bradicinesia (lentidão de movimentos), rigidez, tremores, instabilidade postural). A Benzerazida ajuda a manter o efeito da Levodopa e a diminuir seus efeitos indesejados. Nome comercial: Prolopa.

QUE EFEITOS INDESEJADOS PODEM OCORRER?

Durante o tratamento com Levodopa-Benzerazida você pode apresentar: náuseas, vômitos, diarreia, insônia, agitação, sonolência, hipotensão postural, anorexia (normalmente nas 1ª semanas de tratamento). Avise seu médico ou farmacêutico quando sentir algum desses sintomas.

POSSO TOMÁ-LO COM OUTROS MEDICAMENTOS?

Avise seu neurologista e seu farmacêutico se você está tomando outros medicamentos. Especial cuidado com: reserpina, epinefrina, norepinefrina, isoproterenol, antelmínticos, metoprololamida, anti-ácidos, compostos contendo ferro.



COMO DEVO TOMÁ-LO?

Tome os comprimidos inteiros ou partidos (conforme orientação), com um pouco de água sempre 30 minutos antes ou 1h depois de comer (evite comer muita proteína).



Caso esqueça uma dose, tome-a imediatamente ao lembrar-se, desde que já não seja hora da seguinte dose. Não tome uma dose dupla para compensar a que esqueceu. Nunca tome mais comprimidos do que os que seu médico receitou.

DICAS: Faça algo que lhe ajude a lembrar de tomar o medicamento: lembrete no celular, associação a alguma atividade do seu dia-a-dia. O efeito benéfico dos seus medicamentos depende de que você os tome nos horários e forma corretos!









COMO DEVO GUARDÁ-LOS?

Em local seco, à temperatura ambiente (15°-30°C), protegido do calor e da luz.



APÊNDICE 4 – TABELA DE MEDICAMENTOS

Nome: G.P.P		Idade: 83														Data: 05/12/2012						
		Para que é?														Posologia e Orientação						
Medicamento		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	
Prolopa 200/50mg	Doença de Parkinson																					Tomar 1 comprimido 2 vezes ao dia, conforme observação.
Amantadina 100mg	Doença de Parkinson																					Tomar 1 comprimido 1 vez ao dia.
Biperideno 2mg	Doença de Parkinson																					Tomar 1 comprimido uma vez ao dia.
Pramipexol 1mg	Doença de Parkinson																					Tomar 1 comprimido 3 vezes ao dia.
Atiodipino 5mg	Pressão Alta																					Tomar 1/2 comprimido uma vez ao dia.
Captopril 25mg	Pressão Alta																					Tomar 1 comprimido 3 vezes ao dia, longe das refeições - 1 hora antes ou 2 horas após.
Sinvastatina 20mg	Colesterol Alto																					Tomar 1 comprimido 1 vez ao dia, à noite antes de dormir.

Não tomar o PROLOPA com gelatina, leite e queijos, ovos, carnes, grãos (feijão, amendoim, grão de bico, lentilha, soja, amêndoa, castanha, gergelim, linhaça, noz) porque podem reduzir o efeito do PROLOPA. Para evitar este tipo de interação, tome o PROLOPA 1 hora antes ou 2 após as refeições que contenham esses alimentos.

Para evitar a prisão de ventre, tome bastante líquido (água ou sucos sem açúcar), inclua na sua dieta fibras (pão integral, linhaça, cereais, verduras cruas, laranja com bagaço, mamão, melão, melancia, manga, uva, kiwi, banana nanica, ameixa, abacate, morango, iogurte). Pode tomar água de ameixa preta seca e comê-la (deixe 1 ameixa de molho em 1 copo com água de um dia para o outro).

APÊNDICE 5 – ATIVIDADES APASC

Hora	Segunda	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	Sábado
9:30	Bocha					Bocha
10:00			Musicoterapia e Fonoaudiologia			
10:30						
11:00						
11:30						
12:00						
14:00	Grupo de Vivências					
14:30						
15:00		Grupo de Ajuda Mútua	Jogos Cognitivos			
15:30						
16:00	Musculação					
17:00			Musculação		Musculação	
18:00						

LOCAIS DE REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

- ✓ Grupo de Ajuda Mútua: NET - 1ª e 3ª terça-feira de cada mês – professora Angela.
- ✓ Musculação: CDS (bloco novo - entrada Pantanal) - segunda, quarta e sexta-feira – professora Aline.
- ✓ Bocha: ACONJAR (bairro Santa Mônica – em frente ao posto da Polícia Militar)- segunda-feira e sábado.
- ✓ Jogos cognitivos: Salão de festas do ed. Lauro Linhares -2ª e 4ª terça-feira de cada mês – psicóloga Bruna.
- ✓ Musicoterapia e Fonoaudiologia: ACOJAR (bairro Santa Mônica – em frente ao posto da Polícia Militar) – quarta-feira – Ana Léa e Maria Rita.
- ✓ Grupo de vivências: NETI – Segunda-feira – psicóloga Marta.

APENDICE 6 – Carta ao médico para apresentação do SFT



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE FARMÁCIA ESCOLA UFSC/PMF



Florianópolis,

Prezado Dr.

Viemos por meio desta apresentar nosso projeto e solicitar sua colaboração no mesmo.

O presente estudo tem por objetivo analisar os benefícios e dificuldades de implementação do Seguimento Farmacoterapêutico no Sistema Único de Saúde, tendo como população de estudo usuários com Parkinson cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Farmácia Escola UFSC/PMF.

Para ficar mais claro, o Seguimento Farmacoterapêutico¹ é um dos macro-componentes da Assistência Farmacêutica conforme o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, sendo considerado segundo a RDC Nº 44/2009², como um serviço farmacêutico, cujos objetivos são a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos e a promoção do seu uso racional. Esse serviço visa aumentar a efetividade e segurança do tratamento farmacoterapêutico, bem como torná-lo mais cômodo para o usuário. Para tanto, o farmacêutico realizará junto ao usuário algumas intervenções voltadas a prevenir o surgimento de reações adversas, otimizar os efeitos farmacológicos do tratamento prescrito, verificar os motivos/fatores que levam a não adesão ao tratamento (subjetividade do indivíduo) e estratégias para melhorá-la, verificar interações medicamentosas presentes e que possuam um efeito clínico negativo, acordar junto ao usuário melhores horários para a tomada de medicamentos (considerando a particularidade dos medicamentos e dos indivíduos) fazendo apazamentos sempre que necessário. **Todas essas**

1 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Brasília, 2002. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. 24 p. <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/PropostaConsensoAtenfar.pdf>.

2 ANVISA. Resolução de Diretoria Colegiada nº 44, 2009. Brasil. http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/180809_rdc_44.pdf

intervenções serão feitas em conjunto ou com consentimento do médico prescritor. É importante ressaltar que não é nosso papel e intenção diagnosticar nem prescrever.

A nossa intenção é, a partir dos resultados obtidos, corroborar com vários estudos que já apontam os benefícios de tal serviço na terapêutica dos indivíduos com doenças crônicas e verificar quais as principais dificuldades que inviabilizam a estruturação e implantação do serviço de Seguimento Farmacoterapêutico no SUS. Pretendemos também, num futuro próximo, ampliar esse serviço para os demais usuários da Farmácia Escola UFSC/PMF, de modo que, independente da sua farmacoterapia, todos recebam os cuidados necessários para o alcance da integralidade da atenção à saúde.

Certos da importância do serviço multiprofissional no cuidado do indivíduo com Parkinson e, como destacado anteriormente, a necessidade da interlocução entre farmacêutico e médico para a viabilização e sucesso do tratamento farmacológico agradecemos sua atenção e colaboração.

Ficamos à disposição e aguardamos seu retorno.

Atenciosamente,

Aline Aparecida Foppa
Farmacêutica Especialista em Saúde da Família
Mestranda Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica-
UFRGS

Clarice Chemello
Doutora em Farmácia Assistencial
Pesquisadora Programa de Pós-graduação em Farmácia UFSC

ANEXO 1 – PDQ-39

Questionário Qualidade de Vida da Doença de Parkinson (PDQ-39)

	Durante o último mês, você...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Sempre
MOBILIDADE	1. Teve dificuldades para realizar as atividades de lazer que gosta?					
	2. Teve dificuldade em realizar as tarefas domésticas?					
	3. Teve dificuldade em carregar sacolas de compras?					
	4. Teve dificuldades em caminhar durante 100 m?					
	5. Teve dificuldades em caminhar durante 1 km?					
	6. Teve dificuldade para locomover-se em casa como habitual?					
	7. Teve dificuldade para andar pela rua como habitual?					
	8. Necessitou da companhia de alguém para sair de casa?					
	9. Sentiu medo ou preocupação de cair em público?					
	10. Ficou em casa por mais tempo do que desejava?					
	11. Teve dificuldade para lavar-se ou tomar banho?					
	12. Teve dificuldade para vestir-se?					
	13. Teve dificuldade para amarrar seus sapatos?					
	14. Teve dificuldade para escrever?					
	15. Teve dificuldade para cortar sua comida?					
	16. Teve dificuldade em segurar um copo cheio sem derramá-lo?					
	17. Sentiu-se deprimido, triste?					
18. Sentiu-se isolado e sozinho?						
BEM-ESTAR EMOCIONAL	19. Sentiu vontade de chorar (sentiu-se emotivo) ou chorou com facilidade?					
	20. Sentiu-se irritado ou amargado?					
	21. Sentiu-se ansioso?					
ESTIGMA	22. Sentiu-se preocupado por seu futuro?					
	23. Sentiu que deveria esconder que tem DP das outras pessoas?					
	24. Evitou situações que envolviam comer ou beber em público?					
	25. Sentiu-se envergonhado por ter DP?					
	26. Sentiu-se preocupado com a reação de outras pessoas em relação a você?					

	Durante o último mês, você...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Freqüentemente	Sempre
SUORTE SOCIAL	27. Teve problemas de relacionamento com seus familiares ou amigos? 28. Sentiu falta de atenção por parte de seu cônjuge ou parceiro? 29. Sentiu falta de atenção por parte de seus familiares ou amigos íntimos?					
COGNIÇÃO	30. Dormiu de repente durante o dia? 31. Teve problemas em concentrar-se? P. ex. vendo TV, lendo, etc? 32. Sentiu que sua memória não estava boa? 33. Teve sonhos perturbados (pesadelos) ou alucinações?					
COMUNICAÇÃO	34. Teve dificuldade para falar? 35. Sentiu-se incapaz de comunicar-se apropriadamente com outras pessoas? 36. Sentiu-se ignorado por outras pessoas?					
DESCONFORTO CORPORAL	37. Teve dores musculares, câimbras ou espasmos? 38. Teve dores ou espasmos em suas juntas ou outras partes do corpo? 39. Sentiu-se desconfortável no frio ou no calor?					

ANEXO 2 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.


Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

Identificação do cliente

Nome: _____
 Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____
 Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()
 Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
Orientação Temporal Espacial 1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1 2. Onde estamos? Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1	Linguagem 5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2 6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1 7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3 8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1 09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1
Registros 1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. •Vaso, carro, tijolo _____ 3	10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1
3. Atenção e cálculo Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5	
4. Lembranças (memória de evocação) Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3	

ANEXO 3 – TESTE DE MORISK

PERGUNTAS	SIM	NÃO
Alguma vez se esquece de tomar os medicamentos?		
Toma os medicamentos na hora indicada?		
Deixa de tomar os medicamentos alguma vez quando se sente bem?		
Quando se sente mal, deixa de tomar a medicação?		

ANEXO 4 Questionário de satisfação com Serviços Farmacêuticos (QSSF)

Exposição agradável

- P1. A aparência profissional da farmácia?
 - P2. A disponibilidade do farmacêutico em responder suas perguntas?
 - P3. A relação profissional do farmacêutico com você?
 - P5. A prontidão no atendimento da sua receita?
 - P6. O profissionalismo dos funcionários da farmácia?
 - P13. Os serviços da sua farmácia em geral?
 - P14. As respostas do farmacêutico às suas perguntas?
 - P16. A cortesia e respeito demonstradas pelos funcionários da farmácia?
- ### Manejo da terapia
- P4. A habilidade do farmacêutico em avisá-lo sobre problemas que você poderia ter com seus medicamentos?
 - P7. A explicação do farmacêutico sobre a ação dos seus medicamentos?
 - P8. O interesse do farmacêutico pela sua saúde?
 - P9. A ajuda do farmacêutico no uso dos seus medicamentos?
 - P10. O empenho do farmacêutico em resolver os problemas que você tem com seus medicamentos?
 - P11. A responsabilidade que o farmacêutico assume com o seu tratamento?
 - P12. As orientações do farmacêutico sobre como tomar os seus medicamentos?
 - P15. O empenho do farmacêutico em manter ou melhorar a sua saúde?
 - P17. A privacidade nas conversas com o seu farmacêutico?
 - P18. O empenho do farmacêutico para assegurar que os seus medicamentos façam o efeito esperado?
 - P19. A explicação do farmacêutico sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos?
 - P20. O tempo que o farmacêutico oferece para passar com você?