



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA
VANESSA BALDEZ DO CANTO

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM SERVIÇO
DE CLÍNICA FARMACÊUTICA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Florianópolis
2016

VANESSA BALDEZ DO CANTO

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM SERVIÇO
DE CLÍNICA FARMACÊUTICA EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado como requisito para conclusão do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UFSC.

Orientadora: Daiani de Bem Borges

Florianópolis
2016

Trabalho de Conclusão curso apresentado
como requisito para conclusão do curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família –
UFSC.

Banca Examinadora:

Daiani de Bem Borges - Orientadora
Secretaria Municipal de Saúde de
Florianópolis

Laura Denise Reboa Castillo
Secretaria Municipal de Saúde de
Florianópolis

Prof. Dr^a. Marení Rocha Farias
Universidade Federal de Santa Catarina

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

Do Canto, Vanessa Baldez

Implementação de um Serviço de Clínica Farmacêutica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Florianópolis: Um relato de experiência. / Vanessa Baldez Do Canto ; orientadora, Daiani de Bem Borges - Florianópolis, SC, 2016. 51 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências

1. Saúde da Família. 3. Assistência Farmacêutica. 4. Clínica Farmacêutica. I. Borges, Daiani de Bem. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. III. Título.

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um dos problemas de saúde pública de maior magnitude em todo o mundo. No Brasil, a atenção básica (AB) é considerada a principal porta de entrada do sistema, responsável pela coordenação do cuidado de acordo com as necessidades de saúde da população. Os medicamentos são considerados um importante recurso terapêutico no tratamento das DCNT, com isso, a Assistência Farmacêutica (AF) passou a exercer um importante papel na AB. A presença do farmacêutico junto às equipes de saúde da família (ESF) já é uma realidade em vários municípios. No entanto, ele ainda passa a maior parte do tempo desenvolvendo atividades relacionadas à tecnologia de gestão medicamento. As atividades relacionadas ao uso do medicamento ainda são bastante incipientes. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implementação de um serviço de clínica farmacêutica, como atividade de apoio à ESF, no cuidado das pessoas com doenças crônicas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Florianópolis/SC.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA.....	4
RESULTADOS	6
ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO	6
PRIMEIRO ATENDIMENTO.....	7
AVALIAÇÃO DA FARMACOTERAPIA	7
DISCUSSÃO DOS CASOS.....	10
ACOMPANHAMENTO SUBSEQUENTES	11
REGISTRO DOS ATENDIMENTOS	12
PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS.....	16
DISCUSSÃO	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXO	41

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como o sedentarismo, dieta rica em gordura e carboidratos, o tabagismo e o uso abusivo de bebidas alcoólicas são considerados os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). (WILD et al., 2004).

No Brasil, como em outros países, as DCNT constituem um dos problemas de saúde pública de maior magnitude, devido ao elevado número de mortes prematuras e a perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer. Além do impacto econômico gerado para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, as DCNT agravam as iniquidades e aumentam ainda mais a pobreza. (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes. Neste mesmo ano, as DCNT foram consideradas a 1ª causa de mortalidade, respondendo a 72% de todas as causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). As DCNT atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, mas, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda são atingidos de forma mais intensa. (SCHMIDT et al., 2011).

Os gastos familiares com DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia e educação. Para o sistema de saúde os custos diretos com as DCNT também representam impacto crescente, pois, estão entre as principais causas de internações hospitalares. (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

No país, a atenção básica (AB) está estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pela coordenação do cuidado de acordo com às suas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011). Com o objetivo de garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos a Assistência Farmacêutica (AF)

passou a exercer um importante papel na AB e foi incluída como uma das áreas estratégicas de atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (BRASIL, 2009).

A AF é uma área composta por, pelo menos, dois campos: um relacionado à tecnologia de gestão do medicamento (garantia do acesso); outro relacionado à tecnologia de uso do medicamento (utilização correta do medicamento). A tecnologia de uso do medicamento tem como objetivo assegurar a disponibilidade de medicamentos na AB de acordo com às necessidades epidemiológicas, com suficiência, regularidade e qualidade apropriadas, de forma integrada com orientação para o uso racional de medicamentos, por meio de diferentes serviços ofertados no território (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014). A execução desta tecnologia depende do bom desenvolvimento da tecnologia de gestão do medicamento, uma vez que a disponibilidade do medicamento está condicionada à eficácia desse processo. (ARAUJO et al., 2008). Os dois campos atuam com o mesmo objetivo: cuidado aos usuários.

Os medicamentos aparecem como um importante recurso terapêutico no tratamento das DCNT a fim de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde. Eles contribuem, em muitos casos, de forma decisiva para o controle das doenças, o aumento da expectativa e a melhorar a qualidade de vida da população. No entanto, a falta do medicamento ou seu uso de forma inadequada pode comprometer a efetividade das ações em saúde realizadas devido a redução da efetividade terapêutica, a desenvolvimento de reações adversas, interações com outros medicamentos e alimentos, alguns podem causar dependência e intoxicações, ocasionando sérios danos à saúde das pessoas. (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

O uso eficiente dos medicamentos exige o trabalho articulado de uma equipe de profissionais que assistem diretamente o usuário. No interior dessa equipe, o médico tradicionalmente atua como profissional que seleciona e inicia o uso dos medicamentos, enquanto profissionais como enfermeiros e farmacêuticos devem atuar como co-responsáveis pela implementação e ajuste terapêutico, no suporte ao usuário e monitoramento dos resultados terapêuticos, dando *feedback* à equipe e permitindo que todo o sistema se retro-alimente

e se mantenha organizado. (HEPLER, 2004 - (ARAÚJO et al., 2008).

A presença do farmacêutico junto à AB já é uma realidade em vários municípios. No entanto, na maioria dos municípios o farmacêutico ainda passa a maior parte do tempo desenvolvendo atividades relacionadas à tecnologia de gestão medicamento. As atividades relacionadas ao uso do medicamento ainda são bastante incipientes. Destaca-se, entretanto, que, uma vez conquistada a garantia do acesso se faz necessário qualificar a atenção farmacêutica prestada, pois, o medicamento por si só não garante o resultado em saúde esperado.

A atuação do farmacêutico no cuidado ao usuário, junto às ESF, vem sendo apontada como uma tecnologia para ampliar a resolutividade da AB. (OMS, 2003). De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 27 - Diretrizes do NASF, são consideradas atribuições do farmacêutico a realizações de ações voltadas à intervenção nos problemas/situações de saúde no contexto individual, familiar e coletivo, não só na busca de tratamento e cura das doenças, mas também na motivação à modificação de atitudes, em perspectiva promocional e preventiva. Todas as atividades realizadas pelo farmacêutico precisam ser documentadas, incluindo as informações sobre o usuário e a farmacoterapia, o que auxilia no acompanhamento possibilita um melhor embasamento às intervenções. As informações geradas no serviço farmacêutico podem servir de subsídio para ações em saúde e se constituem em indicadores de qualidade dos serviços. (BRASIL, 2009).

O cuidado farmacêutico aos usuários de medicamentos operacionaliza-se por meio da criação de serviços de clínica farmacêutica. Os serviços de clínica farmacêutica devem abranger um elenco de ações assistências nos pontos de atenção à saúde, ofertadas por meio de atendimento individual ou compartilhado com a equipe de saúde. Essas ações assistenciais podem incluir a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao usuário, o acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia e a avaliação e promoção da adesão ao tratamento. (BRASIL, 2012; CORRER; OTUKI, 2013).

A implementação de um serviço de clínica farmacêutica junto às ESF é algo inovador e exige, além de planejamento, organização e alocação de recursos, o diálogo entre todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado ao usuário. Diante do exposto este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de implementação de um serviço de clínica farmacêutica, como atividade de apoio às ESF, no cuidado individual a pessoas com doenças crônicas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Florianópolis/SC.

METODOLOGIA

Este trabalho trata de um relato de experiência da implementação de um serviço de clínica farmacêutica aos usuários adstritos na área de abrangência da UBS Armação, localizada no Distrito Sanitário Sul no município de Florianópolis/SC.

A UBS Armação conta com duas ESF, uma Equipe de Saúde Bucal modalidade I e conta com o apoio de uma equipe NASF (constituída por 01 assistente social, 01 educador físico, 01 farmacêutico, 01 nutricionista, 01 psicólogo, 01 pediatra e 01 psiquiatra) e atende uma população de aproximadamente 4 mil habitantes (IBGE, 2010). A UBS Armação também é campo de prática para a Rede Docente Assistencial da Secretária Municipal de Saúde (SMS) e recebe os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência de Medicina de Família e Comunidade.

As atividades descritas neste trabalho foram inicialmente desenvolvidas pela farmacêutica residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC (REMULTISF-PMF/UFSC), durante o segundo ano da residência e tiveram a orientação e o acompanhamento da farmacêutica do NASF da UBS Armação, que também é preceptora do referido programa.

A implementação do serviço de clínica farmacêutica junto à UBS Armação foi desenvolvida em 6 etapas:

1ª. Análise de relatórios gerados no INFOSAÚDE (Sistema Informatizado da SMS/Florianópolis), prescrições de medicamentos

controlados dispensados na Farmácia de Referência do Distrito Sanitário Sul e planilhas de usuários restritos ao domicílio construídas pelas equipes para elaboração de um Perfil do Uso de Medicamentos dos usuários atendidos na UBS Armação;

2ª. Apresentação do perfil do uso de medicamentos nas reuniões de área para a seleção/priorização dos casos de acordo com as necessidades identificadas pelas ESF.

3ª. Elaboração de um instrumento para orientar e sistematizar os atendimentos realizados pela farmacêutica e o registro dos mesmos.

4ª. Fase: Agendamento e realização do primeiro atendimento dos usuários que tiveram seus casos priorizados para avaliação da farmacoterapia e identificação dos possíveis Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs);

5ª. Discussão dos casos com a ESF para elaboração do plano de cuidado multiprofissional com o estabelecimento das metas a serem alcançadas para cada usuário atendido;

6ª. Acompanhamento longitudinal para avaliação/monitoramento do alcance das metas terapêuticas.

Para a realização deste trabalho destaca-se que, não foi solicitado aos usuários atendidos pelo serviço de clínica farmacêutica implementado na UBS Armação a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por entender que todas as atividades desenvolvidas não se tratam de uma pesquisa com seres humanos e sim de atividades inerentes as atribuições do farmacêutico enquanto profissional de apoio às ESF. Este relato de experiência pretende divulgar as atividades assistenciais que vem sendo desenvolvidas pelas farmacêuticas junto às ESF na rede municipal de Florianópolis. Para tanto as autoras deste trabalho comprometem-se a respeitar a privacidade e o sigilo de todos os usuários atendidos. Os dados obtidos não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos usuários

. O risco de que a identidade de algum dos participantes venha a público e cause constrangimento perante pessoas e instituições é nulo em razão dos cuidados na proteção da confidencialidade das informações.

RESULTADOS

Estruturação do serviço

O perfil de utilização de medicamentos da população atendida no CS Armação foi apresentado as ESF do CS Armação nas reuniões de área realizadas semanalmente. Nestes espaços foram realizadas as discussões dos casos e selecionados os dez primeiros usuários que poderiam ser beneficiados com a implantação do serviço de clínica farmacêutica. Posteriormente teve início o acompanhamento de mais uma usuária que não estava nos casos priorizados mas solicitou o serviço à farmacêutica durante um grupo de educação em saúde para pessoas com diabetes realizado mensalmente na UBS.

Paralelamente a todo este processo, foi realizada a elaboração de um guia para facilitar a condução dos atendimentos e o acompanhamento farmacoterapêutico. A elaboração do guia foi feita a partir da adaptação dos instrumentos utilizados para seguimento farmacoterapêutico encontrados na literatura. (BRASIL² 2014; MACHUCA 2003; FREITAS, 2008) Dentre os instrumentos analisados verificou-se que todos utilizavam ou baseavam-se no método Dáder e foram utilizados em projetos acadêmicos ou projetos pilotos. Alguns deles bastante extensos e distantes da realidade verificada na prática do serviço na UBS. Por entender que o serviço de acompanhamento farmacoperapêutico é uma das atividades inerente às atividades dos farmacêuticos buscou-se elaborar um instrumento mais simples e adequado a realidade local que pudesse ser incorporado no acompanhamento dos usuários no cotidiano do serviço de saúde (Apêndice).

Após a definição dos casos para acompanhamento, foi necessário a alocação do espaço físico e organização da agenda. Foram reservados três períodos (de quatro horas) por semana para a implementação do serviço de clínica farmacêutica proposto. A estrutura necessária para o atendimento incluiu um consultório para atendimento, computador com acesso ao Sistema INFOSAÚDE, equipamentos e insumos como balança, esfingnoma, glicosímetros, fitas reativas, fita antropométrica e material de escritório. Devido à

necessidade de um ambiente privativo e confortável, foi elaborada uma escala de uso dos consultórios, junto a coordenação da UBS.

Os atendimentos foram realizados entre os meses de julho e novembro de 2015. Alguns dos casos selecionados foram, também, atendimentos no domicílio do usuário, devido à dificuldade de locomoção dos mesmos.

Primeiro atendimento

O primeiro atendimento foi agendado pela farmacêutica residente por meio de contato telefônico. Os usuários foram orientados a trazer para o atendimento os medicamentos em uso, as últimas prescrições e os exames laboratoriais disponíveis.

No primeiro atendimento buscou-se conhecer o usuário (seu histórico de saúde, seus hábitos de vida, sua rede de apoio familiar e social e os medicamentos utilizados). Também foram registradas as principais preocupações dos usuários em relação a sua saúde, o conhecimento sobre as doenças, os medicamentos prescritos, questões relacionadas ao acesso aos medicamentos e o uso de terapias alternativas e automedicação. Este primeiro encontro teve a duração de aproximadamente uma hora.

Avaliação da Farmacoterapia

Após o primeiro atendimento, foi realizado o estudo do caso, a avaliação da farmacoterapia para a identificação dos PRMs existentes ou potenciais. Por definição PRM é “um problema de saúde relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário, devido ao não alcance dos objetivos terapêuticos desejáveis ou em decorrência de uma reação adversa”. (CONSENSO DE GRANADA, 2007).

Os PRMs podem estar relacionados com a necessidade, a efetividade e a segurança da farmacoterapia. Os PRMs relacionados à necessidade de medicamentos incluem as situações em que o usuário não utiliza um medicamento considerado necessário ou faz uso de um medicamento que não necessita. O não acesso ao

medicamento prescrito também é considerado um PRM de necessidade. Os PRMs de efetividade incluem as situações em que os usuários fazem uso do medicamento mas não atingem os resultados terapêuticos desejados. Os casos de má adesão ao tratamento, utilização de subdoses ou ainda de erro na administração do medicamento são exemplos desse tipo de PRM. Os PRMs relacionados à segurança do tratamento medicamentoso incluem os problemas gerados por reações adversas a medicamentos (RAM) e interações medicamentosas (IM) potencialmente fortes e o uso de medicamentos contra indicados. (CONSENSO DE GRANADA, 2007).

Na avaliação da farmacoterapia foram incluídos todos os medicamentos utilizados pelo usuário, incluindo os casos de automedicação. Os dados clínicos e laboratoriais considerados para avaliação do estado geral e monitoramento específico das comorbidades apresentadas foram os resultados de exames laboratoriais/ clínicos e os achados identificados na anamnese farmacêutica (PA, glicemia capilar, peso, circunferência abdominal).

Para avaliação da efetividade dos tratamentos foram seguidas as recomendações das Sociedades Brasileira de Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica e Dislipidemia. Além destes, foram utilizados também, Protocolo de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e as metas apontadas pela equipe na discussão dos casos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014; DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE, 2013; FLORIANÓPOLIS¹, 2010).

Foram usadas duas estratégias para a identificação dos PRM: 1) critério implícito - lista de problemas relacionados à farmacoterapia; 2) critérios explícitos - lista dos medicamentos considerados inapropriados e pouco seguros para serem administrados em pessoas >65 anos). (BRASIL, 2014).

A adesão ao tratamento foi investigada por meio de perguntas abertas contidas no guia de avaliação da farmacoterapia (Apêndice 1). A não adesão foi classificada como voluntária (quando os usuários optaram por não fazer uso de determinado medicamento) e

involuntária (quando o usuário referia problemas para lembrar de tomar o medicamento ou ainda quando identificado que o usuário tomava uma dose inferior àquela que havia sido prescrita). Essa classificação foi importante para o planejamento das intervenções necessárias para a resolução do PRM.

Quando identificado algum PRM de efetividade durante o primeiro atendimento, foram realizadas as orientações cabíveis no momento do atendimento para a resolução do problema. Os demais PRMs identificados foram levados para a discussão junto à equipe para avaliar a melhor intervenção a ser realizada e elaboração um plano de cuidado individualizado.

Para finalizar a avaliação foi calculado o índice de complexidade da farmacoterapia (ICFT) (Anexo 1), utilizando o instrumento desenvolvido por Larson e colaboradores e validado para o Brasil por Melchioris e Correr. (LARSON et al. 2002; MELCHIORIS, A. C., C. J. CORRER, et al 2007). Este índice considera o número de medicamentos prescritos, a frequência de tomada de cada um e as recomendações adicionais de cada medicamento (uso em horário específico, uso com alimento, etc.), gerando uma pontuação. Quanto maior a pontuação, maior a complexidade da prescrição. O ICFT apresentou bastante variação entre os usuários, indo de 3 a 35,5 como pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Índice de complexidade da farmacoterapia (ICFT) nas prescrições dos usuários atendidos pelo serviço de acompanhamento farmacoterapêutico.

Usuário	Nº medicamentos prescritos	Forma de dosificação	Frequência dosagem	Instruções adicionais	ICFT
A	6	1	7	4	12
B	10	7	16,5	12	35,
					5
C	12	5	14	10	29
D	6	7	8	5	20
E	8	1	11	6	18
F	7	5	11	11	27
G	9	7	15,5	13	35,
					5
H	8	1	15	3	19
I	1	1	1	1	3
J	7	9	12	11	32
K	5	1	5	6	12

Discussão dos casos

Segundo a Carteira de Serviços de Florianópolis, documento ordenador da AB no município, as ESF juntamente com a equipe de saúde bucal, possuem um período de duas horas por semana na agenda para planejamento de ações e discussão de casos. Os profissionais do NASF participam mensalmente destas reuniões. As discussões dos casos atendidos foram realizadas nesses espaços, onde a farmacêutica buscou uma abordagem centrada nos usuários. (FLORIANÓPOLIS², 2014).

Nesse espaço, os casos das pessoas atendidas e os PRMs identificados pela farmacêutica foram apresentados e discutidos com as ESF, buscando a melhor intervenção para sanar ou minimizar o PRM encontrado. Como exemplo pode-se citar a suspensão de um benzodiazepínico inapropriado para pessoas com mais de 65 anos para uma idosa que apresentava risco elevado de queda.

A partir da discussão foi traçado um plano de cuidado para o usuário que podia incluir, conforme necessidades individuais, agendamento de consulta para reavaliação, solicitação de exames laboratoriais para acompanhamento e monitoramentos das principais comorbidades, alteração da terapia medicamentosa prescrita, adoção de estratégias de melhora da adesão terapêutica, encaminhamentos ao odontólogo ou a outros serviços, orientações sobre mudanças de estilo de vida e alimentação.

Acompanhamento subsequentes

No segundo atendimento, a farmacêutica apresentou o plano de cuidados proposto e pactuou junto com o usuário as metas para o alcance dos resultados terapêuticos esperados, buscando estabelecer uma relação de colaboração mútua.

As intervenções específicas realizadas pela farmacêutica envolveram: elaboração de formulário de orientação à farmacoterapia com o nome e a indicação dos medicamentos prescritos, os horários, as doses a serem administradas por escrito; organização da farmácia caseira, com a separação dos medicamentos conforme o horário de administração dos mesmos; orientações quanto a administração correta dos medicamentos (se em jejum, com alimento, interações com outros medicamentos ou alimentos). Estas intervenções foram realizadas junto com o usuário e/ou seu cuidador com o objetivo de auxiliar no alcance dos resultados terapêuticos esperados conforme o plano de cuidado elaborado.

Nos casos onde foi necessário encaminhar o usuário para algum profissional da equipe para atendimento e/ou solicitação de exames a farmacêutica agendou o usuário com o profissional, na ausência de horários vagos na agenda o usuário foi orientado a comparecer nos horários de demanda espontânea. As agendas dos médicos, enfermeiros e dentistas, contam com 50% dos turnos para atendimento de demanda espontânea e 50% para o atendimento das consultas programáticas. (FLORIANÓPOLIS², 2014).

A resolução dos PRMs deve ser uma das metas do plano de cuidados porém não a única. As intervenções do farmacêutico

também tiveram como objetivo melhorar a qualidade de vida dos usuários e, dessa forma, muitas das intervenções realizadas foram direcionadas a questões não farmacológicas, como uma escuta qualificada, orientações para mudança no estilo de vida ou uma resposta a demanda trazidas pelos próprios usuário.

Nos atendimentos subsequentes era realizado uma revisão do atendimento anterior, questionado se algo mudou desde então (consulta com outros profissionais, realização de exames, alteração na prescrição). Posteriormente era discutida a avaliação das intervenções realizadas, questionado o que foi possível fazer, se houve mudança. Por fim era feito o registro da farmacoterapia e repassadas as orientações aos usuários. O plano de cuidado e seus resultados foram monitorados pela farmacêutica durante os retornos de cada usuário e em discussão do caso nos espaços de reunião de equipe.

Registro dos atendimentos

O registro de todos os atendimentos foi realizado no prontuário utilizando-se o método SOAP, método de registro recomendado na Carteira de Serviços de Florianópolis. Sua estruturação na forma de dados subjetivos (S), objetivos (O), avaliação (A) e plano (P) facilita a comunicação entre profissionais e a obtenção de dados clínicos. (FLORIANÓPOLIS², 2014).

Perfil dos usuários acompanhados

Os dados referentes aos usuários acompanhados estão apresentados na Tabela 2. Dos onze usuários acompanhados, 100% era do sexo feminino com idade entre 35 e 88 anos. Quanto ao estado civil, 36,4% (04) eram casadas, sendo a restante separada, viúva ou solteira. No que se refere à escolaridade, 54,5% (06) apresentava ensino fundamental incompleto. Apenas uma usuária (9,1%) afirmou fazer exercícios físicos regularmente, duas (18,2%) relataram ser tabagistas e nenhuma relatou fazer uso de bebida alcoólica. Com relação ao acompanhamento de saúde 36,4% (04) possuíam plano de

saúde privado. Entretanto, três delas apontaram que só usavam o plano de saúde para serviços que consideram de difícil acesso pelo SUS, como oftalmologia, ortopedista e cardiologista. Entre as usuárias acompanhadas, 45,4% (05) contavam com ajuda de um cuidador para auxiliar nas atividades da vida diária e com o uso dos medicamentos. A maioria dos cuidadores tratava-se de algum familiar, normalmente os filhos.

Tabela 2 – Dados demográficos, acompanhamento de saúde e hábitos de vida dos usuários atendidos pelo serviço

Sexo	Feminino: 11 (100%) Masculino: 0 (0%)
Idade média (anos)	68,7
Estado civil	Casado: 36,4% (04) Separado: 36,4% (04) Viúvo: 18,2% (02) Solteiro: 9,0% (01)
Escolaridade	Fundamental incompleto: 54,5% (06) Fundamental completo: 36,4% (04) Médio completo: 9,1% (01)
Acompanhamento de saúde	Apenas pela ESF: 54,5% (06) ESF e sistema privado: 36,4% (04) ESF e Nível secundário: 9,1% (05)
Prática de atividade física	Não praticam: 54,5% (06) Praticam, mas não frequentemente: 36,4% (04) Praticam regularmente: 9,1% (01)
Tabagismo	Não tabagistas: 82,8% (09) Tabagistas: 18,2% (02)
Uso de bebida alcoólica	Zero
Presença de Cuidador	Não possui: 54,5% (06) Possui: 45,5% (05)

Entre as usuárias em acompanhamento as comorbidades encontradas com mais frequência foram: HAS (81,8%) e DM tipo 2

(72,7%), seguidas de complicações do DM (27,3%), fibromialgia (18,2%), problemas circulatórios (18,2%), e constipação (18,2%).

Das usuárias com DM, 75,0% (06) eram insulino-dependente e realizam auto monitoramento da glicemia capilar. No entanto, apenas uma delas aplicava insulina conforme os valores de glicemia encontrados e sabia fazer o ajuste de dose quando necessário, todas as demais faziam uso de doses fixas de insulina.

As informações referentes a prescrição das usuárias, vínculo do prescritor, número de medicamentos, padronização e acesso constam na Tabela 3. A maioria das usuárias apresentava prescrições de médicos da UBS (81,9%). A média do número de medicamentos prescritos foi de 7,2, por usuária, sendo o mínimo 01 e o máximo de 12 medicamentos. Sete usuárias (63,6%) apresentavam na prescrição um medicamento não padronizado na REMUNE.

Tabela 3 – Análise das prescrições dos usuários atendidos pelo serviço

Prescritor	ESF: 81,8% (09) Sistema Privado: 9,1% (01) SUS- Nível 2ª atenção: 9,1% (01)
Número de medicamentos prescritos:	Um: 9,1 % (01) Cinco: 9,1 % (01) Seis: 18,2 % (02) Sete: 18,2 % (02) Nove: 27,3 % (03) Dez: 9,1 % (01) Doze: 9,1 % (01)
Padronização na REMUME	Todos os medicamentos eram padronizados: 36,4% (04) Pelo menos um medicamento não era padron.: 63,6% (07)

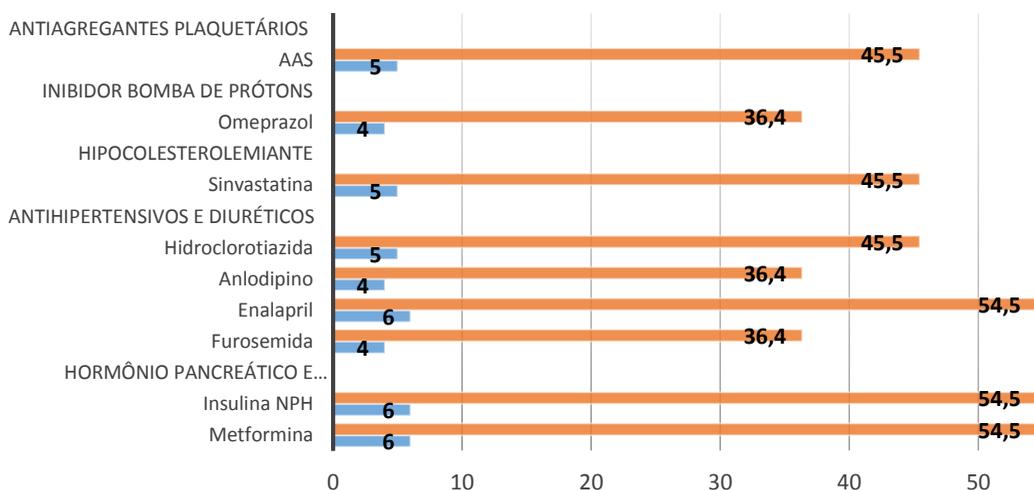
Acesso aos medicamentos padronizados

Todos os medicamentos na UBS: 72,7% (08)
Pelo menos um medicamento em outra Farmácia da rede Municipal de Saúde (Farmácia de Referência Distrital, UDM): 27,3% (03)

No Gráfico 1 são apresentados os medicamentos mais prescritos. Entre os antihipertensivos, o enalapril e a hidroclorotiazida foram os medicamentos mais prescritos, presentes em 66,6% e 55,0% das prescrições analisadas, respectivamente. Para o tratamento do DM, os medicamentos mais prescritos foram a metformina e a insulina NPH, ambos presentes em 75,0% das prescrições. Três usuárias (37,5%) faziam uso da insulina NPH e Regular e nenhuma delas fazia uso de mistura de insulina. A sinvastatina foi o único hipocolesterolemizante prescrito, utilizado por 45,5% (05) das usuárias acompanhadas. O ácido acetilsalicílico foi o antiagregante mais prescrito, presente em 45,5% (05) dos esquemas terapêuticos analisados, o clopidogrel estava sendo utilizado por uma das usuárias.

Gráfico 1 – Medicamentos mais prescritos para os usuários atendidos pelo serviço

■ N ■ %



Problemas relacionados a medicamentos

Todos os usuários apresentaram pelo menos um problema relacionado aos medicamentos em uso, sendo que 72% das usuárias apresentaram mais de 3 PRM. Os dados referentes aos PRM são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição do tipo de problemas relacionados com medicamentos de acordo com a frequência

Total de PRM encontrados	37
PRM Necessidade	12 (27,9%)
PRM Efetividade	11 (25,6%)
PRM Segurança	14 (32,5%)
Média por usuária	3,4

Os PRM de segurança, envolveram em sua maioria o uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPIs) para idosos, por estarem associados a um risco aumentado de Reações Adversas aos Medicamentos (RAMs) nessa faixa etária, a qual foi predominante na população acompanhada. Para tal identificação foi usado o Critério de Beers, lista que inclui 53 medicamentos ou classes de medicamentos, divididos em três categorias: medicamentos potencialmente inadequados e classes a evitar em idosos, medicamentos potencialmente inadequados e classes a evitar em idosos com certas doenças e síndromes e, por fim, medicamentos a serem usados com cautela em idosos ((BRASIL², 2014). Dos (MPIs) em uso pelas usuárias acompanhadas destacam-se os Benzodiazepínicos e a Insulina. No caso do benzodiazepínico foi discutido com a equipe e com a usuária a retirada gradual desse medicamento, buscando assim minimizar os riscos decorrentes do uso contínuo dessa classe farmacológica. Nos casos em uso de Insulina por não encontrar uma melhor alternativa para a terapêutica optou-se por manter esse medicamento e intensificar as orientações de identificação e manejo de episódios de hipoglicemia para usuários

e cuidadores, visto que esse é um dos principais riscos do uso desse medicamento.

Na categoria necessidade estão incluídos os problemas de prescrição de medicamentos sem indicação clínica definida e a automedicação indevida. Foram identificados em alguns casos o uso de inibidor da bomba de prótons (Omeprazol) sem indicação clínica definida e de forma contínua. A classe farmacológica mais utilizada na forma de automedicação foram os anti-inflamatórios e analgésicos.

Também entraram nessa categoria os problemas relacionados a acesso aos medicamentos, incluindo aqueles padronizados mas fornecidos em outras farmácias da Rede Municipal, como é o caso dos medicamentos controlados da Portaria 344/98 dispensados apenas na Farmácia de Referência Distrital, localizado na Policlínica Municipal Sul e os Antiretrovirais dispensados na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) na Policlínica Municipal Centro. Além dos medicamentos não padronizados na REMUME que necessitam ser adquiridos pelo próprio usuário.

Os PRM relacionados a efetividade abrangeram problemas de adesão como a omissão de doses de forma voluntária pelo usuário, como no caso da usuária que não utilizava o diurético quando ia sair de casa. E problemas de sub dose de forma involuntária por má compreensão da prescrição, como a usuária em tratamento para tuberculose que estava fazendo uso de dois comprimidos/dia e não quatro como prescrito. Nessa categoria entraram também os problemas relacionados a administração do medicamento. Em uma das usuárias acompanhadas verificou-se problemas quanto a técnica de administração da insulina. Este fato que além de dificultar o controle glicêmico poderia aumentar os riscos de episódios de hiperglicemia ou hipoglicemia comprometendo além da efetividade a própria segurança do tratamento.

Algumas usuárias em acompanhamento, tiveram os PRM identificados e os acompanhamentos encerrados com um total de três atendimentos farmacêuticos. As demais permanecem em acompanhamento, como pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos atendimentos e situação do acompanhamento

Número de Usuários atendidos:	11
Número de atendimentos:	Total: 34 Média por usuária: 3,1
Número de faltas:	6
Situação dos acompanhamentos:	Encerrados: 6 Em andamento: 5

DISCUSSÃO

A UBS Armação, por receber os Programas de Residência Multiprofissional, e pelo perfil dos profissionais que atuam nas equipes, a maioria preceptores, mostrou-se um local propício para implementação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico. A coordenação da UBS Armação, consciente de que a UBS é uma unidade docente assistencial, possibilitou a organização do fluxo de trabalho considerando o processo ensino-aprendizagem dos residentes. A integração ensino-serviço se dá quando ocorre o trabalho coletivo, pactuado e integrado entreestudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde. (ALBUQUERQUE, et al. 2008).

A elaboração de escalas para uso dos consultórios garantiu que os atendimentos fossem realizados em ambiente privativo e com a estrutura necessária. Uma vez que as farmácias das UBS no município de Florianópolis não contam com espaços privativos para atendimento ao usuário. A dispensação é realizada através de uma “janela”, situação que dificulta a interação farmacêutico-usuário. Araujo e colaboradores (2008), apontaram em seu estudo a ausência de espaço físico adequado para atendimento ao usuário nas farmácias.

A organização da agenda das farmacêuticas, assegurou horários para estudo dos casos e organização do serviço além dos horários de atendimento. Segundo Machuca cerca de 40% da jornada

de trabalho do profissional que realiza acompanhamento farmacoterapêutico deve ser dedicada à evolução no prontuário e estudo dos casos. (MACHUCA, 2012).

É importante ressaltar que o acompanhamento foi realizado pela farmacêutica residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sua atuação esteve restrita apenas a UBS Armação, a qual possui apenas duas ESF. Esta situação é diferente da verificada para os farmacêuticos do NASF que, segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, devem atender de cinco a nove ESF alocadas, muitas vezes, em diferentes UBS. (BRASIL, 2011). O tempo que o farmacêutico permanece em cada UBS é considerado um dos obstáculos enfrentados para a prática do serviço farmacêutico clínico, principalmente devido à enorme carga técnico/administrativa do farmacêutico. (OLIVEIRA et al., 2005).

Um fator que facilitou a implantação do serviço foi o fato de Florianópolis contar sistema informatizado e prontuário eletrônico do usuário. Isto possibilitou a realização do levantamento do perfil de uso de medicamento pelos usuários da UBS Armação. Além disso, o uso de Prontuário Eletrônico facilita o acesso e registro de informações do usuário. (BENTES, 2006).

A construção do perfil de uso de medicamentos na comunidade da UBS Armação possibilitou a identificação dos casos que seriam beneficiados com o acompanhamento e o planejamento das ações. Diversos estudos apontam que a caracterização do uso de medicamentos por uma população é necessária para o delineamento de estratégias para a promoção do uso correto e racional dos mesmos (FAUSTINO et al., 2011; RIBEIRO et al., 2008; ROZENFELD, 2003).

A apresentação do perfil de utilização dos medicamentos para as equipes foi fundamental para a sensibilização das mesmas quanto a pertinência da oferta de um serviço de acompanhamento farmacoterapêutico na UBS e favoreceu o reconhecimento do papel do farmacêutico junto à ESF, enquanto profissional de saúde capaz de contribuir como aumento da resolubilidade das ações de saúde na AB.

Para iniciar a implantação do serviço de clínica farmacêutica foram selecionados apenas 10 casos para o acompanhamento. A proposta de priorizar os casos para atendimento junto às ESF mostrou-se exitosa uma vez que as ESF conhecem os usuários e suas famílias. Isto possibilitou a discussão dos casos de modo a selecionar aqueles que mais poderiam ser beneficiados com o serviço. Iniciar o serviço com um pequeno número de usuários e ir adicionando novos aos poucos é importante para que o farmacêutico adquira confiança e expertise no desempenho do serviço clínico que só é atingido por meio da prática. (PEREIRA, M. L., 2009).

O uso do guia de acompanhamento permitiu ao farmacêutico sistematizar o atendimento, ajudando na construção do “pensar clínico”. Registrar e documentar as informações dos usuários atendidos são atos primordiais em um serviço de saúde. Entretanto, essa prática é pouco comum entre os farmacêuticos. Com a prática clínica, adquirida no decorrer dos meses de acompanhamento, foi possível verificar uma maior facilidade na análise e no registro dos atendimentos e na utilização do método SOAP.

A discussão dos casos com as ESF e NASF nas reuniões de equipe foram momentos ricos onde a abordagem multiprofissional esteve presente, principalmente, na elaboração dos planos de cuidado. A atuação multiprofissional possibilitou a soma de práticas e saberes do campo específico de atuação de cada profissional ampliando a capacidade resolutiva das intervenções realizadas. A inserção do farmacêutico em equipes multiprofissionais vem sendo descrita na literatura e tem demonstrado boa aceitação pelas equipes com atividades relacionadas à terapêutica, humanística e segurança do usuário (PINTO et al., 2013; CHISHOLM-BURNS et al., 2010).

Apesar do espaço para reunião de equipe estar garantido na Carteira de Serviços de Florianópolis, verificou-se que as mesmas não estavam ocorrendo com a devida frequência. Entre os motivos para a não realização das reuniões destaca-se: falta de profissionais devido a férias, afastamento para tratamento de saúde; problemas com o horário devido a demanda excessiva de atendimentos na UBS; realização de capacitações nos mesmos dias das reuniões. Essas questões acabaram por atrasar, algumas vezes, as discussões de caso,

a construção do plano de cuidado e a realização dos encaminhamentos/intervenções necessários aos acompanhamentos.

Outro fator limitador vivenciado no processo de implementação do serviço foi a não realização de exames laboratoriais com a devida regularidade, dificultando assim a avaliação do estado geral dos usuários e em alguns casos da efetividade do tratamento. Observou-se demora na marcação dos exames, principalmente para os casos que necessitam de coleta domiciliar. Vários estudos apontam o acesso a exames laboratoriais como um dos nós críticos da AB. (TEIXEIRA, C.F. 2003; SPEDO et al, 2010). Assim como o acesso aos serviços especializados, questão apontada pelos usuários que fazem uso de planos privados em conjunto com o acompanhamento na UBS.

O absenteísmo, ou seja, a falta dos usuários aos atendimentos agendados, também pode ser apontado como um fator limitador para o acompanhamento farmacoterapêutico. Em alguns casos, a falta do usuário às consultas tanto farmacêuticas como com outros profissionais resultou em longos intervalos entre os atendimentos e por assim um aprazamento da execução do plano de cuidados.

Em relação ao perfil dos usuários acompanhados, verificou-se que a predominância do sexo feminino se assemelha ao encontrado nos demais serviços ofertados na UBS Armação. É sabido que culturalmente as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens. Além disso, em muitos programas de prevenção da saúde verificam-se fortes marcas da feminização decorrente, dentre outras características, do aumento da expectativa de vida da mulher no Brasil. (COUTO et al., 2010; FIGUEIREDO, 2005, BRASIL 2009).

Dez das onze usuárias acompanhadas faziam uso de cinco ou mais medicamentos. O número médio de medicamentos utilizados em estudos nacionais com populações semelhantes à atendida nesse serviço, oscilou entre 3,8 a 5,2. (PEREIRA, V. O. M. et al, 2012; BUENO, C. S. et al., 2009). A elevada média de utilização encontrada nos usuários acompanhados (7,2) pode estar relacionada ao fato de a população ser composta por indivíduos com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, e, em sua maior parte com idade ≥ 60 anos, ou seja, dois fatores que contribuem para uma maior utilização

de medicamentos. Essa média elevada também se deve ao fato que a polifarmácia foi um dos pontos para priorização dos casos junto as ESF. A utilização de múltiplos medicamentos deve ser adequadamente supervisionada, uma vez que aumenta o risco de interações medicamentosas, efeitos adversos e redundância terapêutica, podendo resultar em iatrogenias, internações e gastos desnecessários (CORRER et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2009).

A distribuição dos PRM encontrados entre as usuárias acompanhadas mostrou que 32,5% dos problemas correspondem à segurança, 27,9% a necessidade e 25,6% a efetividade. Estes dados corroboram os resultados de um programa de Seguimento Farmacoterapêutico na Espanha onde os PMRs observados apresentavam-se divididos em aproximadamente um terço para cada categoria (necessidade, efetividade e segurança). (FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. e M. J. FAUS, 2002).

O principal PRM de efetividade verificado estava relacionado com a não adesão ao tratamento, voluntário ou involuntário. Uma das usuárias acompanhadas omitia doses do diurético, por não querer ir tantas vezes ao banheiro, e alguns dias ela acabava trocando esse medicamento pelo anti-hipertensivo o que resultava na omissão de doses dos dois medicamentos. Situações como essa demonstram que atuar com problemas relacionados a adesão requer um trabalho comportamental grande, tanto com o usuário como com os profissionais. Compreender em profundidade a experiência do usuário com o medicamento faz-se necessário a fim de promover resultados terapêuticos mais satisfatórios e a satisfação do usuário durante o tratamento. (SHOEMAKER, S. J. e D. RAMALHO DE OLIVEIRA, 2007).

A adesão ao tratamento foi abordada através de perguntas abertas sobre a forma e frequência do uso dos medicamentos. Segundo MacLaughlin e colaboradores (2005), o uso de perguntas abertas, não ameaçadoras e livres de julgamento é o método mais prático para avaliar adesão ao tratamento.

Durante o acompanhamento de alguns usuários surgiu a necessidade de diálogo com os familiares. A participação da família na resolução dos problemas de saúde pode melhorar a adesão ao tratamento e torná-lo menos dispendioso. A visita domiciliar

contribui para a compreensão “*in loco*” do contexto de vida do usuário do sistema de saúde, demonstrando não só as condições de habitação, mas também as relações familiares e recursos disponíveis, o que pode direcionar a um planejamento da assistência mais resolutivo e facilitar o estreitamento de vínculo. (TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C., 2001; FALCETO, FERNANDES, WARTCHOW, 2004).

Para todos os PRM identificados foi realizada, ao menos uma intervenção farmacêutica, seja com o usuário/ cuidador ou com a equipe de saúde. De forma geral, as intervenções farmacêuticas têm mostrado resultados positivos no tratamento de algumas doenças crônicas, melhorando as prescrições, identificando a possibilidade de reações adversas e erros de medicação e promovendo maior adesão do usuário ao tratamento, ou conscientizando-o sobre a importância do tratamento. (VIVIAN, 2002; SOOKANEKNUN et al., 2004).

Durante os meses de acompanhamento pode-se verificar, de acordo com o relato das usuárias, uma maior compreensão sobre suas comorbidades, maior adesão ao tratamento e à realização de controle glicêmico e, um cuidado maior quanto aos hábitos alimentares. As causas relatadas para essa melhora foram: recebimento de orientações sobre o uso correto dos medicamentos, maior conhecimento sobre a doença e as consequências do uso incorreto dos medicamentos. Destaca-se, também, a importância do usuário como um agente ativo no processo de cuidado e a necessidade de uma boa comunicação entre profissional de saúde e usuário, fundamental para uma prática clínica efetiva. (GUSMÃO, J. L.; JUNIOR MION, D. 2006).

Relatos na literatura afirmam que os serviços farmacêuticos podem trazer benefícios clínicos importantes aos usuários contribuindo para uma melhor qualidade de vida em indivíduos com diabetes, hipertensão e asma. Além de reduzir a utilização de serviços de saúde, com consultas médicas e hospitalização. (PANDE, S., et al. 2013).

Na oferta desse serviço foi possível observar que os usuários possuíam diversas necessidades que por vezes transcendem o uso do medicamento, mas estas interferem significativamente na realização do tratamento. A abordagem multiprofissional nesses casos foi de

suma importância. Trabalhar na perspectiva da integralidade da atenção requer um olhar para além das comorbidades e medicamentos em uso. Segundo Mattos, a integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. Seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos. (MATTOS, 2001).

Por fim, destaca-se a disposição e perfil das duas farmacêuticas envolvidas na implantação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico. Além da disposição para estudos, principalmente no que tange a atuação clínica do farmacêutico, foi necessária uma visão humanística e ampliada do processo de saúde e doença. Verificou-se que para a implementação de um serviço de clínica farmacêutica é necessário não apenas um incremento de questões técnicas/teóricas mas toda uma mudança de postura do profissional farmacêutico. (DUALDE, E., et al. 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a implementação do serviço foi de suma importância as ações de sensibilização da equipe e organização do processo de trabalho. A priorização da assistência a partir dos dados do perfil de utilização de medicamentos, assim como a utilização do guia de acompanhamento elaborado e o referencial teórico utilizado auxiliaram bastante a implementação do serviço. Destaca-se a importância da garantia e sustentação dos espaços de reunião de equipe pelos profissionais e gestores, pois, a realização das mesmas contribui para uma maior resolubilidade dos casos acompanhados e se constituem em espaços importantes de educação continuada.

Buscando a integralidade do tratamento, a atuação do farmacêutico na AB deve ser pautada não apenas em serviços técnicos administrativos, direcionados ao acesso ao medicamento como bem de consumo, mas sim ao seu uso e sobre o impacto deste na vida dos usuários. Para o sucesso do acompanhamento farmacoterapêutico é necessário que, além do domínio de aspectos

ligados a farmacologia, o farmacêutico apresente uma postura acolhedora e uma abordagem de cuidado centrada no indivíduo.

Como contribuições da implementação do serviço de clínica farmacêutica na UBS Armação pode-se destacar: elaboração do perfil de uso de medicamentos pela população atendida; atualização dos marcadores de acompanhamento pelas ESF (diabéticos, restritos ao domicílio); identificação dos principais PRM apresentados pela população atendida pelo serviço; compreensão dos principais fatores envolvidos na não adesão ao tratamento farmacológico; disseminação da discussão acerca do papel do farmacêutico no cuidado aos usuários em conjunto com as equipes; aumento da visibilidade e valorização da profissão farmacêutica nos serviços públicos de saúde; proposição de um serviço aliado a atuação multiprofissional com abordagem centrada no indivíduo; desenvolvimento de habilidades para a prática clínica na formação dos farmacêuticos residentes.

Este relato demonstra como o farmacêutico pode contribuir junto ao cuidado exercido pelas ESF. O atendimento farmacêutico e a avaliação da farmacoterapia consistem em uma forma específica de acompanhamento com o objetivo de identificar e solucionar os PRMs. Com a implantação de serviços de clínica farmacêuticas nas UBS, como o proposto neste trabalho, espera-se avançar na prestação de serviços de qualidade centrados no cuidado de usuários e em consonância com os princípios doutrinários do SUS - universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, cv. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

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.

ARAÚJO, A. L. A.; PEREIRA, L. R. L.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. p. 611-617, Apr. 2008.

BENTES PINTO, Virginia, Prontuário Eletrônico do Paciente: Documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. **Encontros Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, n.21, 1º sem. 2006.

BUENO CS, et al. Utilização de medicamentos e risco de interações medicamentosas em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. **Rev. Ciência Farm Básica Apl.** 2009;30(3):331-8

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.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 27 - Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família)** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**; 2009. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Brasília: Ministério da Saúde 2011.**

BRASIL¹. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde – Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1.** Brasília, Ministério da Saúde 2014.

BRASIL². Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde – Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 2.** Brasília, Ministério da Saúde 2014.

CHISHOLM-BURNS, M.A et al. US pharmacist's effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Medical Care**, v.48, p.923-933, 2010.

COELHO Filho JM, MARCOPITO LF, CASTELO A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev de SaúdPúblic** 2004; 38 (4): 557-64.

COMITÊ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos Asociados a laMedicación (RNM). **ArsPharm., Granada, v.48**, n.1, p.5-17, 2007.

CORRER CJ, PONTAROLO R, FERREIRA LC, BAPTISTÃO SAM. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. **RevBrasCiênc Farm.** 2007;43(1).

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária.** Porto Alegre: Artmed, 2013. 454 p.

COUTO MT, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface ComunSaúde Educ.** 2010;14(33):257-70.

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

FALCETO, O. G.; FERNANDES, C. L. C.; WARTCHOW, E. S. O médico, o paciente e sua família In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GILGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas em Atenção Primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.115-124.

FAUSTINO CG, MARTINS MA, JACOB-FILHO W. Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos a pacientes idosos ambulatoriais de clínica médica. **Einstein.** 2011;9(1):18-23.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. e M. J. FAUS. Resultados del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico del paciente em España. **El Farmacéutico**, v.290, p.83- 88. 2002.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2005;10(1):105-9.

FLORIANÓPOLIS¹. Secretária Municipal de Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso.** 2010.

FLORIANÓPOLIS². Secretária Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária de Florianópolis.** Março, 2014.

FREITAS, K. M. **Validação de um instrumento (questionário) de atenção farmacêutica para pacientes em politerapia: Visitação domiciliar.** Alfenas/MG, 2008.

GALATO D, SILVA ES, TIBURCIO LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina

(Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010;15(6):2899-905.

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.

HEPLER, C. D. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. **Pharmacotherapy**, [S.l.], v. 24, n. 11, p. 1491-1498, 2004. OMS 2003

IBGE. **Censo Demográfico 2010** – Estimativa populacional 2013.

LARSON, L. N., J. P. ROVERS, et al. Patientsatisfactionwithpharmaceuticalcare: updateof a validatedinstrument. **J AmPharmAssoc (Wash)**, v.42, n.1, Jan-Feb, p.44-50. 2002.

LEFÈVRE F. A função simbólica dos medicamentos.**Rev Saúde Pública** 1983;17:500-3

LUCCHETTI G, et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **RevBrasGeriatrGerontol**. 2010;13(1):51-8.

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

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

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

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64

MELCHIORS, A. C., C. J. CORRER, et al. Translation and validation into Portuguese language of the medication regimen complexity index. **Arq Bras Cardiol**, v.89, n.4, Oct, p.210-8. 2007.

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.

OLIVEIRA CAP, et al. Caracterização dos medicamentos prescritos aos idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**. 2009;25(5):1007-16.

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**, Oxford-Inglaterra, Issue 7, 2013.

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.

PEREIRA, V. O. M et al. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(8):1546-1558, ago, 2012.

PINTO, I.V.L.; CASTRO, M.S.; REIS, A.M.M. Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.16, p.747-758, 2013.

RIBEIRO AQ, ROZENFELD S, et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Rev Saúde Pública.** 2008;42(4):724-32.

ROZENFELD S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad Saúde Pública.** 2003;19(3):717-24.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR; D.; MENEZES, P.R. **Health in Brazil 4**, The Lancet, 2011

SCHRAMM, J. M. A. et al. **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil** Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):897-908, 2004

SHOEMAKER, S. J. e D. RAMALHO DE OLIVEIRA. Understanding the meaning of medications for patients: The medication experience. **Pharm World Sci**, Jul 26. 2007

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e III Diretrizes de monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 1–40, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2014.

SOOKANEKNUN, P.; RICHARDS, R.M.E.; SANGUANSE, J.; TEERASUT, C.; Pharmacist involvement in primary care improves hypertensive patient clinical outcomes. **The Annals of Pharmacotherapy**, v.38, p.2023-2028, 2004.

SPEDO et al, O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: O caso da cidade de São Paulo Brasil. **Physis Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro 20 [3] 2010.

TAKAHASHI, R. F. e OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliar no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da

Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 43-46.

TEIXEIRA, RA, MISHIMA SM, PEREIRA MJB. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde da família. **RevBras Enfermagem**. 2000;53:193-206.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.

VIVIAN, E.M. Improving pressure control in a pharmacist-managed hypertension clinic. **The Annals of Pharmacotherapy**, v.12, p. 1533-1540, 2002.

XAVIER, H.T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**, [S.l.], v. 101, n. 4, 2013.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes care**, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

APÊNDICE - INSTRUMENTO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA - Avaliação Inicial

PERFIL DO USUÁRIO

UBS:

Data e horário da consulta:

Encaminhamento:

Local de atendimento:

Usuário:

Data de nascimento:

Gênero: [] Masculino [] Feminino

Escolaridade:

Ocupação:

Endereço:

Telefone:

Com quem mora:

Limitações: [] Nenhuma [] Locomoção [] Fala [] Visão [] Audição [] Outras

Tem cuidador: [] Não [] Sim

Nome do cuidador:

Parentesco:

Telefone:

Medidas Antropométricas:

Altura:

Peso:

IMC:

CA:

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE

Numa escala de 0 a 10, que nota você daria para sua:

Saúde:

Por que:

Qualidade de vida:

Por que:

O que mais lhe preocupa em relação a sua saúde?

HÁBITOS ALIMENTARES:

Recordatório alimentar (dia anterior)

	Café (desjejum)	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir
Alimentos, bebidas, horários, qtidades						

Restrições:

Consumo de água:

ESTILO DE VIDA

Como está seu sono?

Como estão as evacuações?

Exercícios físicos: [] Não [] Sim Sente algum incômodo?

Tipo/ duração/ frequência da atividade:

Bebidas alcoólicas: [] Não [] Sim Qual(is)?

Quantidade ingerida: Frequência de uso: Tempo de uso:

Tabaco (cigarro, charuto, narguile): [] Não [] Sim [] Fumava, mas parou há _____

Qual (is)? Qtdade/dia: Tempo de uso:

Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/utilização

Alergias: [] Não [] Sim Quais:

LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Conhecimento sobre a doença (que gerou o encaminhamento):

Histórico de morbidade pregressa (problemas de saúde relevantes, hospitalizações, gravidez/aborto):

EXAMES LABORATORIAIS

Data de realização dos exames (mais recente):

Eritrócitos: Colesterol Total: Glicemia:

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA - atendimentos seguintes

Usuário:

Local de atendimento:

Data:

Tem cuidador? Não Sim

Presença do cuidador no atendimento: Não

Sim

DADOS OBJETIVOS

Altura:

Peso:

IMC:

CA:

Pulso:

PA:

Glicemia:

ATENDIMENTOS ANTERIORES

O que aconteceu desde a última consulta. Mudanças na prescrição? Episódios de piora/melhora...

Do que conversamos o que você/outros conseguiram fazer?

O que espera do atendimento de hoje?

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE

Queixas:

Questões positivas:

O que mais lhe preocupa em relação a sua saúde?

HÁBITOS ALIMENTARES:

Recordatório alimentar (dia anterior)

	Café (desjejum)	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir
Alimentos, bebidas, horários, qtidades						

Restrições:

Consumo de água:

ESTILO DE VIDA

Como está seu sono?

Como estão as evacuações?

Exercícios físicos: [] Não [] Sim Sente algum incômodo?

Tipo/ duração/ frequência da atividade:

Bebidas alcoólicas: [] Não [] Sim Qual(is)?

Quantidade ingerida: Frequência de uso: Tempo de uso:

Tabaco (cigarro, charuto, narguile): [] Não [] Sim [] Fumava, mas parou há _____

Qual (is)? Qtdade/dia: Tempo de uso:

Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/utilização

EXAMES LABORATORIAIS

Data de realização dos exames (mais recente):

Eritrócitos:

Colesterol Total:

Glicemia:

Hemoglobina:

HDL:

Hemoglonina glicada:

FARMACOTERAPIA ATUAL

Legenda: * Dificuldade: 1 (abrir ou fechar embalagem); 2 (identificação do medicamento); 3 (qtidade de medicamentos ingeridos); 4 (outras) HD (hora de dormir); SN (se necessário)

Nº	Princípio Ativo/Concentração	Conferir?	Para que utiliza?	Acha que funciona?	Posologia	Como utiliza?								Confere c/ prescrição	Incômodo?	*Dificuldade?	Esquecimento?	Obs.			
		S/N		S/N		Café		Almoço		Tarde		Janta					HD		SN	S/N	S/N
						A	D	A	D	A	D	A	D				-		-		
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					

CRM/DATA/ Itens:

CRM/DATA/ Itens:

AVALIAÇÃO DA FARMACOTERAPIA

Problema de saúde	Desde	Med.	Posologia	Necessidade				Efetividade				Segurança				
				Indicação de uso	Acesso	Duplicidade terapêutica	PRM	PS controlado	Dose	Má adesão	PRM	RAM	IM	Contra-ind.	PRM	

ANEXO

Índice de complexidade da farmacoterapia (ICFT)

Usuária: Número de medicamentos em uso:

ICFT = Total (A) + Total (B) + Total (C) =

Instruções:

1. O ICFT é aplicável somente a medicações prescritas. Todas as informações devem ser adicionadas exclusivamente com base nas informações disponíveis na prescrição, monografia/bula ou rótulo do produto (no momento da dispensação). Não devem ser feitas suposições com base no julgamento clínico de quem está avaliando o tratamento.

2. Há três seções na escala. Complete cada seção antes de proceder à próxima. No final, some as pontuações obtidas em cada seção para ter a pontuação total.

3. Se a mesma medicação (mesma marca e mesma forma de dosagem) estiver presente mais que uma vez em diferentes concentrações/potências em um regime (ex. Marevan 5mg, 3mg e 1mg) deverá ser considerada como uma mesma medicação.

4. Nos casos em que a dosagem for opcional, escolha a orientação de dosagem com a menor dose/frequência (ex. Aerolin spray 1-2 jatos, 2-3 vezes ao dia deverá ser anotado em “Sprays de dose medida (bombinha)”, “2 x dia” e “doses variáveis”, e não em “múltiplas unidades de uma vez”).

5. Para alguns casos a frequência de tomada deverá ser calculada (ex. Ranitidina 1 de manhã e 1 à noite é igual a 2 x dia).

6. É possível que em alguns casos de instruções “Uso conforme indicado”, o regime não receba pontuação no item “frequência de dosagem” (ex. Prednisolona 5 mg uso como indicado).

7. Ser for recomendado mais de uma possibilidade de frequência de dosagem, elas devem ser contadas como mais de uma frequência (ex. Aerolin spray, 2 jatos à noite e quando necessário, deverá ser registrado como “Sprays de dose medida (bombinha)”, “Múltiplas unidades de uma vez”, “2 x dia” e “S/N”).

8. Situações em que dois ou mais medicamentos são mutuamente exclusivos, eles precisarão ser contados duas ou mais vezes conforme necessário com relação à frequência de dosagem recomendada (Ex. Berotec spray ou Berotecgts para nebulização duas vezes ao dia, serão contados como “Sprays de dose medida (bombinha)” e “nebulizador” do ponto de vista da forma de dosificação, mas precisarão ser contados duas vezes como “2 x dia S/N”).

9. Nos casos em que não se encontre a opção exata a marcar, escolha a opção lógica (ex. seis vezes ao dia deve ser considerada como 4/4 h).

A) Circule o peso correspondente a cada forma de dosificação (SOMENTE UMA VEZ) presente no regime medicamentoso:

Forma de dosificação		Peso
ORAL	Cápsula/ Comprimidos	1
	Gargarejos/ enx. Bucal	2
	Gomas/ pastilhas	2
	Líq. para uso oral	2
	Pós para uso oral/ grânulos	2
	Comprimido/ spray	2
TÓPICO	Crems/géis/ pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/ soluções de	2
	Pastas	3
	Adesivos/ Patches	2
	Spray de usotópico	1
OUVIDO, OLHOS e NARIZ	Gotas/ cremes/	3
	Colírios/ gotasoftálmicas	3
	Géis/ pomadasoftálmicas	3
	Gotas/ cremes/	3
	Spray nasal	2
INALAÇÃO	Accuhalers (póseco para	3
	Aerolizers (cápsulas para	3
	Spray de dose medida	4
	Nebulizador	5
	Oxigênio/concentrador	3
	Turbuhalers (póseco para	3
	Outros inaladores de pó-	3
OUTROS	Fluído para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções:	3/4
	Supositórios/comprimidos	3
	Analgesia	2
	Supositórios	2
	Cremsvaginais	2
Soma total da seção A:		

B) Para cada medicamento no regime, marque um X correspondente à sua frequência de dosagem. Então, some o número de x marcados para cada categoria (anote o total) e multiplique pelo peso relativo a essa categoria. Nos casos em que você não tenha uma opinião exata, escolha sua melhor opinião.

Frequência de	Medicamentos														
1 x dia															
1 x dia S/N															
2 x dia															
2 x dia S/N															
3 x dia															
3 x dia S/N															
4 x dia															
4 x dia S/N															
12/12h															
12/12h S/N															
8/8h															
8/8h S/N															
6/6h															
6/6h S/N															
4/4h															
4/4h S/N															
2/2h															
2/2h S/N															
S/N															
Emdiasalterna															
Oxigênio S/N															
Oxigênio<															
Oxigênio>															
Soma total da seção B															

C) Marque um X correspondente às instruções adicionais, caso estejam presentes no regime. Então, some o número e x marcados e multiplique pelo peso da categoria.

Instruções adicionais	Medicamentos										Total	Peso	TotXPeso		
Partir ou triturar o comprimido															
Dissolver o comprimido/nó															
Múltiplas unidades de uma vez (ex. 2 compr., 2 puffs)															
Doses variáveis (ex. 1-2 cáps., 2-3 puffs)															
Tome/use em horários específicos (ex. Relação com comida (antes, durante ou depois da															
Tomar com um fluido específico															
Usar conforme indicado															
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente															
Doses alternadas (ex. 1 de manhã e 2 à noite.															
Soma total da seção C															

