

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR
COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES

A CONTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA MELHORIA
DO CUIDADO PRESTADO NO DOMICÍLIO

CARLA SIMONE FOGAÇA LISBOA

ORIENTADOR (A): FARMACÊUTICA DRA. LUCIANE KOPITTKE

PORTO ALEGRE

2015

CARLA SIMONE FOGAÇA LISBOA

A CONTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA MELHORIA DO CUIDADO
PRESTADO NO DOMICÍLIO

Trabalho de conclusão de curso como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em Atenção Domiciliar com ênfase em Gestão de Redes

Orientador (a): Farmacêutica Dra. Luciane Kopittke

PORTO ALEGRE

2015

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos e meus pais pela compreensão e carinho dispensados. Aos professores pelo empenho e entusiasmo, em especial a professora Adelaide Kozen por nos ensinar “as sutilezas que o cuidado domiciliar com o ser humano requer”. Agradeço também minha orientadora Luciane Kopittke, pela atenção, gentileza e que sabiamente me conduziu durante a construção do projeto. Não poderia deixar de citar também a bibliotecária Luciane Berto Benedetti que contribuiu muito com seus conhecimentos, realizando a revisão bibliográfica. Aos colegas por juntos termos chegado ao final do curso e pelas experiências compartilhadas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Atenção Domiciliar

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AF – Atenção Farmacêutica

CFF – Conselho Federal de Farmácia

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PSQ - Pharmacy Services Questionnaire

PRM – Problema Relacionado ao Medicamento

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O cuidado domiciliar é com certeza uma experiência muito antiga, para o ser humano, e tem-se mostrado como “uma nova solução” para os problemas e alterações que a sociedade tem sofrido na atualidade. A farmácia como as demais profissões ligadas à saúde, tem passado por mudanças e o farmacêutico encontrou na Atenção Farmacêutica uma nova forma de resgatar a essência de sua profissão e deslocar o foco do medicamento para a pessoa. Nesse contexto, o farmacêutico desenvolve o cuidado direto ao paciente, promove o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, reorientando sua prática, deslocando o foco do medicamento para o paciente e do produto para o serviço. O que se pretende com a implantação do projeto é a qualificação do cuidado domiciliar prestado ao usuário.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Assistência domiciliar. Atenção farmacêutica. Relação farmacêutico-paciente.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
2 PROBLEMA	8
3 JUSTIFICATIVA	9
4 OBJETIVOS	10
4.1 OBJETIVO GERAL	10
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
5 ATENÇÃO DOMICILIAR	11
6 ATENÇÃO FARMACÊUTICA	15
7 METODOLOGIA	21
8 CRONOGRAMA	24
9 RECURSOS NECESSÁRIOS	25
10 RESULTADOS ESPERADOS	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO	30

INTRODUÇÃO

O fenômeno da transição epidemiológica e demográfica observada na sociedade exigiu que novos paradigmas fossem criados. Os desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais de saúde, usuários, gestores e sociedade em geral, se traduzem, em configurar e desenvolver novas tecnologias para dar conta do cuidado necessário em saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A partir deste cenário, se apresenta a Atenção Domiciliar (AD) que se configura como: uma alternativa para reorientação do modelo tecnoassistencial e alternativa para a otimização dos leitos hospitalares (SILVA et al, 2010).

Para o profissional farmacêutico não é diferente; ele desenvolve o cuidado direto ao paciente, promove o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, ressignificando sua prática a partir das necessidades dos pacientes, cuidadores, família e sociedade, surgindo assim a Atenção Farmacêutica (AF) uma filosofia de prática que orienta que no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, o farmacêutico busque a obtenção de resultados terapêuticos por meio da identificação, prevenção e resolução de problemas relacionados ao medicamento, definindo assim uma atividade clínica para o farmacêutico, tendo o paciente como ponto de partida, ou seja, deslocando o foco do medicamento para o paciente e do produto para o serviço (IVAMA et al, 2002; ANGONESI; SEVALHO, 2010).

O acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico visa à promoção de um melhor controle da patologia dos pacientes, através de maior conhecimento destes em relação aos medicamentos; uma melhor comunicação entre a equipe de saúde, resgatando o papel do farmacêutico como profissional de saúde e ainda a contribuição para a redução dos erros de medicação e reações adversas (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Portanto, o que se pretende evidenciar é que tanto as diretrizes da AD, quanto as da AF, apresentam a mesma essência, com o propósito de prestar o cuidado certo, no momento certo para a pessoa que o necessita. Na AD, mesmo que a equipe não tenha na sua formação um farmacêutico, o que se almeja fomentar com este trabalho, é que a equipe acesse (por meio da formação de rede) o profissional farmacêutico. É necessário, porém, que o farmacêutico tenha uma atitude de responsabilidade pelo cuidado do paciente, redirecionando sua práxis, ou seja,

orientando as suas ações para o estabelecimento de uma relação farmacoterapêutica de confiança, respeito e cumplicidade com o paciente, o cuidador, a família e a sociedade.

Porém, incorporar novas tecnologias e mudar de atitude não garantem um impacto real nos serviços de AD e AF, se não vierem acompanhados de uma reorganização do processo de cada um dos serviços.

O que se pretende com a efetiva implantação do serviço de atenção domiciliar aliado a nova filosofia de prática farmacêutica, a atenção farmacêutica, é configurar uma “verdadeira batalha” de transformação de práticas de cuidado, melhorando as condições de saúde e de utilização dos medicamentos pela sociedade brasileira, pois só assim estaremos mais próximos de prestar um cuidado mais humanizado, com qualidade e integralidade.

2 PROBLEMA

A atenção farmacêutica possui por finalidade, aumentar a efetividade do tratamento medicamentoso; e vários estudos demonstram os resultados satisfatórios em relação aos custos, qualidade e melhora na adesão ao tratamento medicamentoso por parte do usuário que tem acesso a essa nova prática farmacêutica (ANGONESI; SEVALHO, 2010). A atenção domiciliar por sua vez, se configura como: uma alternativa para reorientação do modelo tecnoassistencial e alternativa para a otimização dos leitos hospitalares (SILVA et al, 2010).

Então partindo destas duas “novas formas de tecnologia em saúde”, perguntamos em que intervir?

No processo de cuidado prestado no âmbito do domicílio, partindo do pressuposto que o foco seja o usuário, a família, o cuidador, a comunidade e não a doença em si ou o medicamento. E ainda que este processo de produção de cuidado seja, permeado por práticas humanizadas, inovadoras, usuário-centrada, multiprofissionais e articuladoras de redes.

3 JUSTIFICATIVA

O cuidado de saúde prestado no âmbito do domicílio quando visto pela perspectiva de quem produz este cuidado – o profissional de saúde - ou ainda quando é visto pela perspectiva do gestor e, mais ainda, quando é vista pela perspectiva de quem recebe este cuidado, o paciente, o cuidador e a família, assume conotações diversas. Quando o cuidado de saúde é produzido fora de locais como hospitais, clínicas e ambulatórios, e realizado no domicílio, em muitos casos, o custo é reduzido e o cuidado mais humanizado.

O farmacêutico ao produzir seu trabalho no âmbito da atenção domiciliar resgata o seu papel dentro da equipe de saúde, o vínculo e a relação farmacoterapêutica com seu paciente e possibilita que o profissional produza um cuidado mais criativo, utilizando tecnologias leves e ou leve-duras. Para o gestor é importante porque otimiza recursos, sejam financeiros ou humanos. É importante para o paciente, cuidador e a família porque estes recebem um cuidado integral e humanizado, no sentido de um olhar ampliado, sobre as suas necessidades.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Qualificar o processo de cuidado prestado no domicílio, por meio da implantação da prática de atenção farmacêutica junto ao Programa de Atenção Domiciliar do município de Osório/RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Aumentar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, através da prática da atenção farmacêutica;
- ◆ Avaliar e manejar as possíveis interações medicamentosas e reações adversas, observadas durante o cuidado domiciliar;
- ◆ Qualificar o cuidado prestado pelo cuidador, no manejo com os medicamentos na atenção domiciliar.

5 ATENÇÃO DOMICILIAR

O cuidado domiciliar é com certeza uma experiência muito antiga, para o ser humano, e tem-se mostrado como “uma nova solução” para os problemas e alterações que a sociedade tem sofrido na atualidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

As alterações na transição epidemiológica, demográfica e mais as causas externas (acidentes automobilísticos e violência urbana) se apresentam como desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem que desenvolver novas tecnologias para dar conta do cuidado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) juntamente com os gestores municipais e estaduais vem acumulando experiências exitosas neste contexto, o que culminou na criação do programa “Melhor em Casa” – lançado em novembro de 2011 - e após a publicação da Portaria nº 963, de 27 maio de 2013, que redefine a AD no âmbito do SUS, como:

nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantias de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Para Lacerda et al (2006), a AD é uma modalidade ampla que abarca no seu escopo a visita, a internação e o atendimento domiciliar, sendo que ambos apresentam suas especificidades e complementaridades próprias. A AD como estratégia de assistência à saúde é inovadora no sentido de, com um olhar diferenciado sobre o processo saúde-doença, contempla o indivíduo e seus familiares em seu domicílio, em cujo espaço dimensões sociais e afetivas se ajustam, se efetuam e se constroem.

A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios do SUS (integralidade – universalidade – equidade) e ainda se fundamenta em:

- ◆ Práticas de saúde mais humanizadas, pois se estabelece no domicílio, preservando e valorizando as relações familiares e sociais da pessoa adoentada;
- ◆ Participação ativa do indivíduo, da família, do cuidador preservando os laços afetivos existentes;
- ◆ Valorização do saber, fazer, poder e responsabilidade do cuidador;

- ◆ Diminuição do risco de infecções hospitalares por longo tempo de internação;
- ◆ Racionalização na otimização dos leitos hospitalares, pois o leito não é desativado e sim melhor aproveitado;
- ◆ Valorização do trabalho em equipe e da interdisciplinaridade;
- ◆ Produção de novas formas de cuidar, por ser realizada no domicílio, se cristaliza como uma desafio para a equipe de saúde, produzir o cuidado fora do ambiente hospitalar;
- ◆ Estimulação a formação de redes de solidariedade (igrejas, associações de bairro, clubes, ONGS, entre outros) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Brito et al (2013) analisaram a AD como dispositivo para o fortalecimento da integralidade do cuidado no contexto da rede de atenção à saúde, utilizando-se como fonte de estudo os serviços de saúde de três municípios de Minas Gerais no qual aborda a integralidade por três perspectivas diferentes: primeiro no sentido vertical: um olhar integral sobre o indivíduo, ampliado, procurando captar o que pode beneficiar sua saúde; segundo no sentido horizontal, evidenciando que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são supridas no primeiro ou único encontro com o sistema da saúde, sendo necessários vários encontros e com diferentes serviços e, terceiro, no sentido transversal, a perspectiva da intersetorialidade que diz respeito às políticas públicas.

Mas, o exposto acima, não é encontrado no cotidiano dos serviços; em que o predomínio das práticas são fragmentadas e os pontos de atenção não se comunicam, fragilizando a construção do princípio da tão almejada integralidade. O artigo de Brito et al (2013), traz que a AD tem proporcionado avanços importantes na continuidade do cuidado e na materialização da integralidade, ainda sendo um processo em construção, mas que o trabalhar em rede depende da forma que cada setor atua sobre o que é de sua responsabilidade, mostrando que o agir do outro pode ou não gerar impactos sobre a continuidade do cuidado.

No trabalho apresentado por Andrade et al (2013a) ficou evidenciado que os profissionais que atuam no serviço de AD, percebem que a rede de atenção à saúde é necessária para assegurar a assistência integral e equânime; como algo positivo e importante, descrito como um sistema que possui “vários braços”, com igual relevância, cada um possuindo sua função e distribuídos proporcionalmente para que não haja sobreposição ou acúmulo de papeis.

Conforme Feuerwerke e Merhy (2008), é possível identificar diferentes modalidades de organização do cuidado, sendo estas, configuradas a partir de diferentes lógicas. Demonstrando que a AD pode potencialmente produzir a “desinstitucionalização”, quando ela se configura como dispositivo para produção de cuidado não produzido dentro do hospital, do ambulatório ou instituição e sim resgatando a casa como espaço de cuidado, e a configurando como um terreno onde as equipes de AD produzem perspectivas diversas, quais sejam: perpassadas por valores culturais e religiosos dos indivíduos e das famílias quando organizadas na lógica do cuidado paliativo; promovendo o resgate dos indivíduos e de suas relações com a vida, a aceitação da doença ou a autonomia no cuidado da própria saúde quando organizadas na lógica do cuidado domiciliar a pacientes com HIV/AIDS ou com a perspectiva da vida nova quando acompanham recém-nascidos prematuros entre outras.

Corroborando com o exposto acima Andrade et al (2013b) ressaltam que o processo de preparação para atuar na AD, deve ser ampliado, pois o cuidado no domicílio exige mais que conhecimento técnico e científico. É necessária a mobilização de competências específicas, que na maioria das vezes as categorias profissionais de saúde não as tem contempladas em seus currículos além da ética. O setor formador deve incorporar elementos dessa prática propiciando a formação de profissionais mais bem capacitados, em consonância com as demandas da sociedade.

Silva et al (2005), afirmam a importância do serviço de AD para a desospitalização e humanização do cuidado, porém aponta algumas fragilidades que devem ser melhor exploradas para permitir a sua efetiva implantação na rede pública. As fragilidades apontadas são: a utilização do domicílio apenas como espaço físico e geográfico, onde se presta cuidado, mantendo a lógica hegemônica do modelo hospitalocêntrico, curativo e individual; a dicotomia saúde/doença, sem a construção do paradigma da produção social da saúde; as relações com as redes restritas, não havendo identificação de elementos que caracterizem a garantia do cuidado contínuo e integralidade da atenção; produção de protocolos para melhoria e qualidade no processo de trabalho da produção do cuidado; análise de custo-efetividade entre outras. Apesar das lacunas, afirmam, os serviços de AD constituem espaço onde a prestação da assistência é de qualidade, pois são espaços onde

temos ênfase no trabalho em equipe, utilização de tecnologias leves que permitem a criação de vínculos, estímulo a integralidade e sistematização das ações.

Andrade et al (2013a) salientam que a falta de conhecimento sobre a AD dificulta sua inserção na rede e destacam que há necessidade de ampliar e qualificar a comunicação e os sistemas de informação entre a rede e os serviços de AD.

6 ATENÇÃO FARMACÊUTICA

A Farmácia como as demais profissões ligadas à saúde, tem passado por mudanças e o farmacêutico encontrou na AF uma nova forma de resgatar a essência de sua profissão e deslocar o foco do medicamento para a pessoa (MENEZES, 2000).

O Conselho Federal de Farmácia (CFF), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e MS, entre outros, introduziram esse termo a partir da publicação do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, nesse encontro ficou definido o conceito de AF:

um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções de seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA et al, 2002, p. 16-17).

Foram definidos ainda os macrocomponentes da prática profissional para o exercício da AF, tais como: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos); orientação farmacêutica; dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico; acompanhamento/segmento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades (IVAMA et al, 2002).

Segundo IVAMA et al (2002, p. 19) temos a definição de Problema Relacionado ao Medicamento (PRM), como sendo:

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. O PRM é real, quando manifestado, ou potencial na possibilidade de sua ocorrência. Pode ser ocasionado por diferentes causas, tais como: as relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos bio-psico-sociais, aos profissionais de saúde e ao medicamento.

Portanto, a AF parte do pressuposto que no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, o farmacêutico busque a obtenção de resultados terapêuticos desejados por meio da identificação, prevenção e resolução de PRM, definindo assim uma atividade clínica para o farmacêutico, tendo o paciente como ponto de partida, ou seja, deslocando o foco do medicamento para o paciente e do

produto para o serviço, através da intervenção farmacêutica no contexto da equipe multiprofissional (IVAMA et al, 2002; CORRER, 2002; PEREIRA, FREITAS, 2008).

A expansão das atividades clínicas do farmacêutico ocorreram, em parte, devido ao fenômeno da transição epidemiológica e demográfica observada na sociedade. Nesse contexto o farmacêutico desenvolve o cuidado direto ao paciente, promove o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, reorientando sua prática a partir das necessidades dos pacientes, cuidadores, família e sociedade. O CFF, por meio da Resolução n° 585, de 29 de agosto de 2013, regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Podemos citar algumas das atribuições clínicas previstas nesta resolução:

- ◆ Avaliar de forma estruturada as queixas dos pacientes e suas possíveis relações com os medicamentos em uso;
- ◆ Sugerir intervenção e fornecimento de orientações fundamentadas na análise criteriosa das respostas à farmacoterapia, considerando o contexto cultural, psicológico e social do paciente;
- ◆ Contribuir para a prevenção, minimização e solução de problemas relacionados com medicamentos e resultados negativos associados ao medicamento;
- ◆ Interpretar os resultados dos exames laboratoriais dos pacientes, bem como os critérios que devem ser utilizados para sua solicitação com o objetivo de qualificar suspeitas de resultados negativos dos medicamentos em uso;
- ◆ Estabelecer condutas de encaminhamento para outros profissionais, ao estar diante de problemas e/ou necessidades de saúde que necessitem de investigação por profissionais de outras áreas do conhecimento;
- ◆ Estabelecer relação terapêutica com o paciente de forma a contribuir para a otimização dos resultados da farmacoterapia, adesão ao tratamento, detecção e notificação de reações adversas a medicamentos;
- ◆ Estabelecer relação positiva com os demais membros da equipe de saúde, compartilhando dados e decisões diante da suspeita de problemas relacionados com medicamentos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013).

Temos também a publicação da Resolução n° 386, de 12 de novembro de 2002, que dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da assistência domiciliar em equipes multiprofissionais (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2002) e também a RDC n° 44, de 17 de agosto de 2009, que dispõe sobre as Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências, considera a AF como serviço farmacêutico passível de ser prestado em farmácia pública e privada (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Possamai e Dacoreggio (2008), discutem a importância da comunicação na relação farmacêutico paciente no processo de AF, identificando: os fatores que interferem nesse processo e a importância da atitude do profissional para a valorização da comunicação com o seu paciente. No processo de AF a comunicação advém como recurso pedagógico, assim essa relação terapêutica é construída e fundamentada:

no respeito mútuo, honestidade, autenticidade, comunicação aberta, cooperação, empatia, sensibilidade, paciência, compreensão, confiança, confidência, colaboração com o paciente e profissional, oferecer segurança, promoção da independência do paciente, enxergá-lo como uma pessoa, dar-lhe prioridade, prestar atenção ao conforto físico e emocional dele, dar-lhe apoio, defendê-lo, assumir a responsabilidade das intervenções e estar disposto a responsabilizar-se por todas as decisões tomadas e as recomendações dadas (POSSAMAI; DACOREGGIO, 2008, p 478).

Eles afirmam que o farmacêutico deve ser mais que um clínico, deve ser um educador em saúde e um amigo de seu paciente. Chamam a atenção para que a ação de orientar o usuário e desenvolver ações educativas sobre medicamentos não são atividades exclusivas do farmacêutico e sim relacionadas a todos os profissionais da equipe de saúde, mas que pela natureza de formação somada à função da dispensação de medicamentos o qualifica e oportuniza estar com o paciente antes que ele inicie seu tratamento (POSSAMAI; DACOREGGIO, 2008).

É importante frisar que em outros trabalhos como o de Angonesi e Rennó (2011) há a discussão de uma nova definição de dispensação e propõe um modelo de prática, apresentando as seguintes vantagens: facilitar o desenvolvimento de um trabalho de qualidade, pois estabelece um fluxo a ser seguido e a conjugação com a realidade de trabalho daqueles farmacêuticos que são comprometidos com o bem-estar de sua comunidade. Sugerindo que a partir desse modelo o farmacêutico

possa participar do cuidado dos usuários de medicamentos interferindo diretamente, no seu uso racional, o que reflete de forma positiva nos resultados da terapia medicamentosa (ANGONESI; RENNÓ, 2011).

Vieira (2007) discutiu as possibilidades de contribuição do farmacêutico para a melhoria da utilização de medicamentos pela sociedade e elencou três pontos básicos: a reorientação do serviço da farmácia, o desenvolvimento das habilidades da comunidade e o incentivo à ação comunitária. Neste contexto temos inúmeros trabalhos, podemos citar o de Doblinski, Caten, Oliveira (2001), onde os autores demonstram que a população guarda em casa, medicamentos oriundos de prescrições médicas e de indicações de parentes e conhecidos; e que esclarecimentos quanto a noções de preparo, guarda e armazenamento assim como de interações medicamentosas importantes, devem ser repassadas, pois o sucesso da terapia farmacológica pode estar atrelado a essa atuação efetiva do profissional farmacêutico.

Temos recentemente a publicação por parte do MS de uma série de cadernos sobre o tema: Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, realizado no município de Curitiba, onde foram descritas todas as etapas do projeto de implantação do referido programa, sendo a AF utilizada como prática/filosofia. O projeto foi desenvolvido de abril a novembro de 2014, foram analisados os prontuários de 702 consultas farmacêuticas, correspondente a 566 usuários atendidos. O que ficou demonstrado com a implantação deste projeto foi uma mudança positiva na essência do papel do farmacêutico na atenção básica do município, dada a completude de informações sobre doenças, queixas e medicamentos em uso pelo paciente. Esses registros colaboraram na dinâmica da equipe de saúde e na forma como o cuidado farmacêutico se integrou às práticas dos demais profissionais e ainda a característica articuladora que o serviço de clínica farmacêutica tendeu a promover dentro da equipe, pela alta porcentagem de usuários encaminhados para exames, consultas médicas e alterações no tratamento durante o tempo em que participaram do projeto (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Um estudo que acompanhou 15 pacientes portadores de Diabetes Mellitus atendidos em ambulatório, com o objetivo de demonstrar o impacto dos PRM e as interações medicamentosas, foram encontrados 29 PRM, sendo alcançado 93,1% de resolução dos PRM e encontradas 57 interações medicamentosas, não vistas

cl clinicamente porém, foram reportadas por escrito para o prescritor. O estudo concluiu que a AF, permitiu identificar e resolver PRM que muitas vezes o médico desconhece, como consequência disto a melhora da adesão ao tratamento e da qualidade de vida do paciente (PLÁCIDO; FERNANDES; GARIDO, 2009).

No trabalho como de Anghinoni (2011) ficou demonstrado que com a AF foi possível detectar os PRM, pois foram identificados 58 PRM com média de 1,8 PRM por paciente, sendo que no grupo intervenção dos 31 PRM, 48,3% foram resolvidos com a intervenção farmacêutica e já no grupo controle dos 27 PRM encontrados, apenas 14,8% foram resolvidos com a intervenção médica ou naturalmente, o que demonstra a eficiência na resolução dos PRM quando temos AF.

Em estudo conduzido por Cardoso et al (2013) foram acompanhados dez casos, no total identificados 13 PRM, sendo as intervenções realizadas de acordo com o plano traçado pela equipe interdisciplinar, levando em consideração a individualidade de cada caso, assim como a sua realidade familiar, social e econômica. O que ficou demonstrado foi que com a ampliação do foco para uma abordagem em conjunto com família, equipe de saúde e usuário, a resolução dos problemas como a adesão ao tratamento e resolução dos PRM (todos os 13 PRM foram resolvidos) se tornou mais eficaz. Demonstrando, assim que a mudança de atitude do usuário em relação a farmacoterapia, está diretamente atrelada a informação, ao acolhimento e a forma como estes incorporam e refazem o discurso em relação a doença e a medicação.

De acordo com Bianchi et al (2003) a importância da AF ficou evidente através da sugestão por parte dos farmacêuticos (inseridos no serviço) de protocolos, que serviram para aprimorar o segmento farmacoterapêutico dos pacientes, além de permitirem a integração dos conhecimentos farmacológicos entre a equipe multiprofissional.

Oliveira et al (2005) alegam que para a efetiva implantação da AF os profissionais terão que enfrentar obstáculos que incluem entre outros a insegurança e desmotivação por parte dos próprios farmacêuticos. Já Ambiel e Mastroianni (2013) citam: a dificuldade conceitual entre atenção farmacêutica e assistência farmacêutica; as reformas nas matrizes curriculares dos cursos de farmácia serem muito recentes, as instituições necessitam de tempo para a implantação de uma nova grade curricular, o que implica na inserção no mercado de profissionais com

perfil mais humanístico; poucos cursos de pós-graduação *stritu sensu* com temas de atenção farmacêutica e farmácia clínica; cursos de pós-graduação *latu sensu*, em sua maioria não apresentam atividades práticas e não apresentam vínculo com serviços que possibilitem a oferta de serviço de segmento farmacoterapêutico; os serviços nas unidades de dispensação como farmácias ambulatoriais, UBS e ESF, via de regra são executados por profissionais diversos ou leigos e são raros os serviços que constam com a presença do farmacêutico no turno integral; no setor privado a realidade não é muito diferente por que o farmacêutico tem carga labutária excessiva relacionada a atividades burocráticas, além da falta de investimento na infraestrutura física do estabelecimento dificultando a implantação do consultório farmacêutico.

7 METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho realizou-se uma revisão de literatura por meio de pesquisa na base de dados LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), revista do Conselho Federal de Farmácia (INFARMA) e legislação vigente.

Outra fonte de pesquisa foram os artigos citados nas referências encontradas a partir da busca inicial.

As buscas foram feitas a partir dos seguintes descritores de assunto: assistência domiciliar, atenção domiciliar e atenção farmacêutica. Houve a utilização de filtros para delimitar o universo da pesquisa como: artigos a partir de 2000, intervalo contínuo e artigos com texto completo. Assim, para a fundamentação teórica, procurou-se diversificar as fontes de informação, com o objetivo de embasar os conhecimentos a cerca dos diferentes temas abordados conjuntamente neste trabalho.

O campo de estudo será junto ao Programa Melhor em Casa do município de Osório que possui habilitação para implantar uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) tipo I que funcionará com cobertura de 12 horas inclusive aos finais de semana e feriados utilizando o regime de plantão; o farmacêutico então terá como público alvo os pacientes atendidos no referido programa.

Está previsto que durante a execução do projeto de implantação o farmacêutico aborde e desenvolva ações que atendam as necessidades e problemas do paciente que se relacionem com os medicamentos por ele utilizados. Para um melhor entendimento os listamos na tabela a seguir:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERAÇÕES	AÇÕES
<p>Aumentar a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, através da prática da atenção farmacêutica;</p>	<p>Educação em Saúde (promoção do uso racional de medicamentos); Orientação Farmacêutica; Dispensação de medicamentos, Atendimento Farmacêutico; Acompanhamento/Segmento Farmacoterapêutico; Registro Sistemático das atividades.</p>	<p><u>Orientação Farmacêutica</u> ao paciente e/ou cuidador quanto ao processo de uso do medicamento, conservação, armazenamento e descarte; informação quanto a interações medicamentosas e reações adversas importantes;</p>
<p>Avaliar e manejar as possíveis interações medicamentosas e reações adversas, observadas durante o cuidado domiciliar</p>	<p><u>Estudo Clínico Inicial</u> (busca de informação sobre o paciente: coleta de dados objetivos e subjetivos); <u>Plano de Cuidado</u> (planejamento documentado para a gestão clínica das doenças, de outros problemas de saúde e da terapia do paciente, delineado para atingir os objetivos do tratamento. Inclui as responsabilidades e atividades pactuadas entre o paciente e/ou cuidador e o farmacêutico, a definição das metas terapêuticas, as intervenções farmacêuticas, as ações a serem realizadas pelo paciente e/ou cuidador e o agendamento para retorno e acompanhamento); <u>Execução</u> (implementa, junto ao paciente e/ou cuidador, as ações estabelecidas no plano de cuidado); <u>Avaliação</u> (avalia o alcance das intervenções e reavalia e atualiza o plano de cuidado).</p>	<p><u>Intervenção farmacêutica</u> na identificação, prevenção e resolução dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (necessidade, efetividade e segurança); <u>Conciliação de medicamentos</u> revisão da terapêutica farmacológica prescrita na alta hospitalar e conciliação com os medicamentos já anteriormente usados pelo paciente; <u>Oficina de cuidadores</u> participação do farmacêutico na realização de trabalhos lúdicos junto aos cuidadores; <u>Educação Permanente da Equipe de Serviço de Atenção Domiciliar</u> contribuição através da</p>

<p>Qualificar o cuidado prestado pelo cuidador, no manejo com os medicamentos na atenção domiciliar;</p>	<p><u>Intervenção Farmacêutica</u> (Ato profissional planejado, documentado e realizado pelo farmacêutico, com a finalidade de otimização da farmacoterapia, promoção, proteção e da recuperação da saúde, prevenção de doenças e de outros problemas de saúde);</p> <p><u>Parecer farmacêutico</u> (Documento emitido e assinado pelo farmacêutico, que contém manifestação técnica fundamentada e resumida sobre questões específicas no âmbito de sua atuação. O parecer pode ser elaborado como resposta a uma consulta, ou por iniciativa do farmacêutico, ao identificar problemas relativos ao seu âmbito de atuação.</p>	<p>produção de Procedimento Operacional Padrão ; Protocolos Clínicos, Padronização de medicamentos e insumos e produção e apresentação de seminários.</p>
---	--	---

Após a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Domiciliar, será aplicado aos usuários ou a seus cuidadores, um questionário de avaliação de satisfação do serviço farmacêutico prestado através da aplicação de parte do *Pharmacy Services Questionnaire* (PSQ) (LARSON; ROVERS; MACKEIGAN, 2002), já validado para o português do Brasil (Correr et al 2009) nas perguntas que se referem ao manejo da terapia. Cada pergunta corresponde numa escala de cinco pontos do tipo Likert que inclui as opções: excelente, muito bom, bom, regular e ruim (Anexo).

Ao final de seis meses do início do projeto, faremos a avaliação do serviço, através da escala mencionada acima e a cada 6 meses, nova avaliação para irmos qualificando a assistência.

Este projeto será apresentado ao Secretário de Saúde do município de Osório e ao controle social para aprovação e implementação do mesmo.

8 CRONOGRAMA

Meses	Atividades	Responsável pela tarefa
1	Diagnostico situacional município	Farmacêutico/Equipe de Atenção Domiciliar
2	Diagnostico situacional do município	Farmacêutico/Equipe de Atenção Domiciliar
3	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
4	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
5	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
6	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
7	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
8	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
9	Aplicação do questionário Pharmacy Services Questionnaire (PSQ) (Larson et al 2002)	Farmacêutico
10	Avaliação/Resultados	Farmacêutico/ Equipe de Atenção Domiciliar
11	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
12	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
13	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
14	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
15	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
16	Acompanhamento/Intervenção	Farmacêutico
17	Aplicação do questionário Pharmacy Services Questionnaire (PSQ) (Larson et al 2002)	Farmacêutico
18	Avaliação/Resultados	Farmacêutico/ Equipe de Atenção Domiciliar

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Fonte de Financiamento	Recursos humanos	Recursos materiais
Município	1 Farmacêutico Clínico	Folhas de ofício A4
Município	1 Agente de Saúde	Canetas esferográficas
Município		Canetas hidrocor coloridas
Município		Tinta impressora – preta
Município		Tinta impressora - colorida
Município		Porta comprimidos
Município		Adesivos com pictogramas
Município		Potes plásticos com tampa
Município		Caixas de papel
Município		Impressora
Município		Computador

10 RESULTADOS ESPERADOS

O que espera-se alcançar com a implantação da prática de atenção farmacêutica junto ao programa de atenção domiciliar do município de Osório/RS é a qualificação do processo de cuidado prestado as pessoas inseridas neste contexto. Pretende-se através da prática da atenção farmacêutica:

- ◆ A melhoria da adesão do paciente ao tratamento medicamentoso;
- ◆ A melhoria da qualidade de vida do paciente;
- ◆ A melhoria do cuidado prestado pelo cuidador;
- ◆ Qualificação da educação permanente da equipe de cuidado domiciliar, com a contribuição do profissional farmacêutico no que se refere aos medicamentos e seu uso racional;
- ◆ A articulação da rede de saúde através da contribuição do farmacêutico.

Pois como ficou demonstrado, através de esclarecimentos quanto a noções de uso, preparo, guarda e armazenamento dos medicamentos, assim como de possíveis interações medicamentosas importantes, reações adversas quando repassadas ao paciente e ou cuidador, estas impactam diretamente no sucesso da terapia farmacológica, e que a mudança de atitude do usuário em relação a farmacoterapia, está diretamente atrelada a informação, ao acolhimento e a forma como estes incorporam e refazem o discurso em relação a doença e a medicação.

REFERÊNCIAS

AMBIEL, I. S. S.; MASTROIANNI, P. C. Resultados da atenção farmacêutica no Brasil: uma revisão. **Rev Cienc Farm Básica Apli**, Araraquara, v. 34, n. 4, p. 469-474, 2013.

ANDRADE, M. A. et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúch Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111-117, 2013a.

_____. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **Rev Pesqui Cuid Fundam**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3383-3393, 2013b.

ANGHINONI, V. **Importância da atenção farmacêutica na melhora da qualidade de vida de pacientes com síndrome metabólica em unidades básicas de saúde do município de Francisco Beltrão-PR 2011**. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Farmacologia. Centro de Ciências Biológicas. Universidade Federal Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ANGONESI, D., SEVALHO, G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3603-3614, 2010.

ANGONESI, D.;RENNÓ, M. U. P. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3883-3891, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012. V. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: resultados do projeto de Implantação do Cuidado Farmacêutico no município de Curitiba**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2014. V. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 01 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre as Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e da outras providências. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4f6b6a80474575cf83b9d73fbc4c6735/180809_rdc_44.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 01 set. 2015.

BIANCHI, M. C. et al. A importância da atenção farmacêutica em pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em ambulatório multiprofissional. **Infarma**, Brasília, DF, v. 14, n. 4/6, p. 75-77, 2003.

BRITO, M. J. M. et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 603-610, out./dez. 2013.

CARDOSO, C. K. et al. Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva. **Rev Ciênc Farm Basic Apl**, v. 34, n. 2, p. 263-268, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 386, de 12 de novembro de 2002**. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da assistência domiciliar em equipes multidisciplinares. 2002. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/386.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

_____. **Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

CORRER, C. J. Os problemas relacionados aos medicamentos no contexto da atenção farmacêutica: uma avaliação de conceitos. **Infarma**, Brasília, DF, v. 14, n. 5/6, p. 73-78, maio/jun. 2002.

_____. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p. 87-96, jan, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/09.pdf>>. Acesso em 08 set. 2015.

DOBLINSKI, P. M. F.; CATEN, A. A. T.; OLIVEIRA, C. L. Assistência farmacêutica domiciliar na vila Boa Esperança município de Toledo. **Infarma**, Brasília, DF, v. 14, n. 7/8, p. 72-75, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, DC, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

IVAMA, Adriana Mitsue et al. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**: proposta. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006.

LARSON, L. N.; ROVERS, J. P.; MACKEIGAN, L. D. Patient satisfaction with pharmaceutical care: update of a validated instrument. **J Am Pharm Assoc (Wash, DC)**, Washington, DC, v. 42, n. 1, p. 44-50, 2002.

OLIVEIRA, A. B. et al. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. **RBCF, Rev Bras Ciênc Farm**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 409-413, out./dez. 2005.

MENEZES, E. B. B. Atenção farmacêutica em xeque. **Pharm Bras**, Brasília, DF, v. 22, p. 28, set./out. 2000.

PEREIRA, L. R. L; FREITAS, O. A evolução da atenção farmacêutico e a perspectiva para o Brasil. **RBCF Rev Bras Ciênc Farm**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, out./dez. 2008.

PLÁCIDO, V. B.; FERNANDES, L. P. S.; GUARIDO, C. F. Contribuição da atenção farmacêutica para pacientes portadores de Diabetes atendidos no ambatório de endocrinologia da UNIMAR. **Rev Bras Farm**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 3, p. 258-263, 2009.

POSSAMAI, F. P.; DACOREGGIO, M. S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica. **Trab Educ Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 473-490, nov./fev. 2008.

SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, 2005.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n. 1, p.166-176, 2010.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

ANEXO

Questionário adaptado de avaliação da satisfação de usuários com relação ao manejo clínico do farmacêutico

Responda a cada pergunta considerando “como você classificaria” a atuação do farmacêutico quanto:

Pergunta	excelente	muito bom	bom	regular	ruim
A habilidade do farmacêutico em avisá-lo sobre problemas que você poderia ter com seus medicamentos?					
A explicação do farmacêutico sobre a ação dos seus medicamentos?					
O interesse do farmacêutico pela sua saúde?					
A ajuda do farmacêutico no uso dos seus medicamentos?					
O empenho do farmacêutico em resolver os problemas que você tem com seus medicamentos?					
A responsabilidade que o farmacêutico assume com o seu tratamento?					
As orientações do farmacêutico sobre como tomar os seus medicamentos?					
O empenho do farmacêutico em manter ou melhorar a sua saúde?					
A privacidade nas conversas com o seu farmacêutico?					
O empenho do farmacêutico para assegurar que os seus medicamentos façam o efeito esperado?					
A explicação do farmacêutico sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos?					
O tempo que o farmacêutico oferece para passar com você?					

Fonte: CORRER et al, 2009.