



Fascículo V

O PERCURSO HISTÓRICO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO MUNDO E NO BRASIL



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



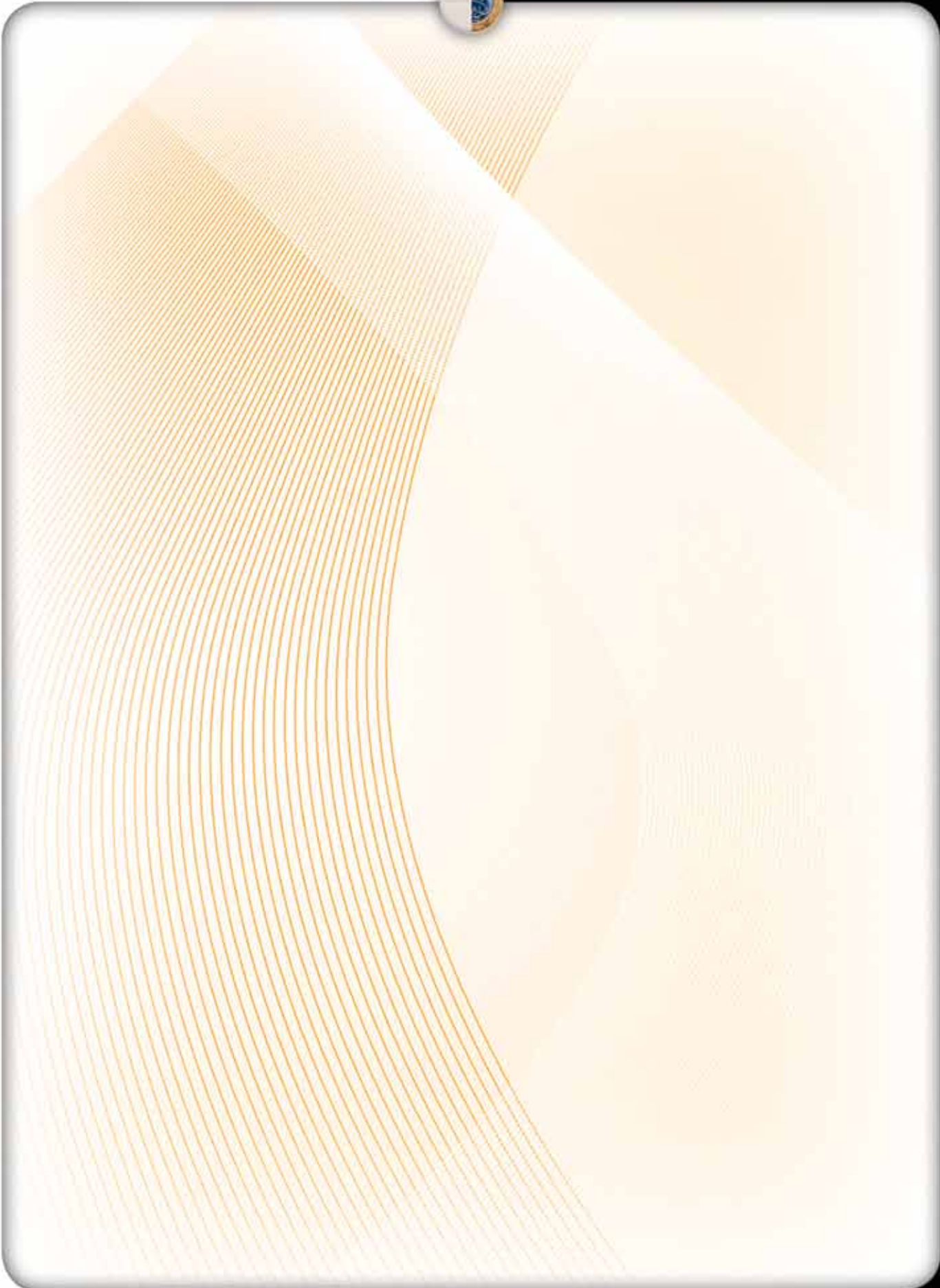
**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

Projeto: Farmácia
Estabelecimento de Saúde

Farmácia não é um simples comércio





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

O PERCURSO HISTÓRICO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO MUNDO E NO BRASIL

Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde

Fascículo V

2010

Blície Jennifer Balisa-Rocha, Daniel Tenório da Silva, Divaldo Lyra Júnior,
Giselle de Carvalho Brito e Patrícia Melo Aguiar



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

© 2010 Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª edição, 2010 - 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações (idioma português)

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Capote Valente, 487 - Jardim América

CEP: 05409-001 São Paulo/SP - Brasil

<http://www.crfsp.org.br>

Diretoria

Presidente | Raquel Cristina Delfini Rizzi

Vice-presidente | Marcelo Polacow Bisson

Diretor-tesoureiro | Pedro Eduardo Menegasso

Secretária-geral | Margarete Akemi Kishi_R

Conselheiros

Álvaro Fávaro Jr., Israel Murakami, Laise Ponce Leon Simões, Marcelo Polacow Bisson, Margarete Akemi Kishi_R, Maria Fernanda Carvalho, Maria Luiza Rodrigues, Pedro Eduardo Menegasso, Priscila Noqueira C. Dejuste, Raquel Cristina Delfini Rizzi, Rodinei Vieira Veloso, Rogério G. Frota Cordeiro, Paulo José Teixeira (suplente), Paulo Pais dos Santos (suplente) e Rosangela Borges Reina (suplente).

Conselheiros Federais

Ely Eduardo Saranz Camargo, Ademir Valério da Silva (suplente)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400 Brasília/DF - Brasil

<http://www.paho.org/bra>

Autores

Blicie Jennifer Balisa-Rocha, Daniel Tenório da Silva, Divaldo Lyra Júnior, Giselle de Carvalho Brito e Patrícia Melo Aguiar.

Revisores técnicos

Christophe Rerat, Daniela Caroline de Camargo Verfissimo, Luiz Henrique Costa, Marcelo Ferreira C. Cunha, Marcelo Polacow Bisson, Nathália C. Diniz Silva, Reggiani L. S. Wolfenberg, Simone Fatima Lisot e Comissões Assessoras de Farmácia Clínica do CRF-SP.

Revisão ortográfica

Allan Araújo

Capa

Ana Laura Azevedo

Projeto Gráfico

Robinson Onias

Diagramação

Ana Laura Azevedo e Karen Watanabe

Impressão e acabamento

Rettec Artes Gráficas

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Organização Pan-Americana da Saúde

Fascículo V - O Percurso Histórico da Atenção Farmacêutica no Mundo e no Brasil / Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde / CRF-SP: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo; Organização Pan-Americana de Saúde - Brasília, 2010.

Vários colaboradores

Bibliografia

ISBN: 978-85-63931-14-6

1. Educação Continuada em Farmácia 2. Atenção à saúde 3. Assistência à Saúde 4. Assistência Farmacêutica 5. Serviços Comunitários de Farmácia 7. Atenção Farmacêutica



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apresentação

Neste quinto fascículo do Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde é abordado o tema *Atenção Farmacêutica*.

A *Atenção Farmacêutica* é um importante componente da prática em Farmácia e tem como base a *responsabilidade essencial do farmacêutico em contribuir para satisfazer a necessidade de um tratamento farmacológico adequado, efetivo e seguro através do desenvolvimento de ações centradas no paciente.*

O Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, visa com esse fascículo fornecer ao profissional ferramentas que lhe permitam desenvolver atitudes e habilidades necessárias para o desenvolvimento da *Atenção Farmacêutica*, integrando-se à equipe de saúde e interagindo mais com o paciente e com a comunidade.

Para tanto abordaremos o percurso histórico da *Atenção Farmacêutica* no Mundo e no Brasil, o conceito, os aspectos regulatórios e a qualidade dos serviços. Porém, muito mais do que fornecer referenciais conceituais e históricos o conteúdo apresenta experiências bem sucedidas; o processo de seleção de pacientes e do serviço de atenção farmacêutica; bem como a estrutura necessária para implantação do serviço (incluindo recursos humanos, físicos e financeiros); indicadores de resultados e modelos.

Com a publicação da RDC nº 44/09, que regulamenta a prestação da *Atenção Farmacêutica* em Farmácias e Drogarias, surge um marco histórico para a profissão farmacêutica no Brasil. Acreditamos que a efetiva implantação dessa prática e da troca de informações em sistema multiprofissional contribuirá, de forma positiva, para a promoção do uso seguro e racional de medicamentos e para aproximar a farmácia de sua missão primordial que é ser um estabelecimento de saúde onde o farmacêutico poderá atuar plenamente como profissional de saúde.

Com esse fascículo, a Diretoria do CRF-SP, dá continuidade ao seu compromisso com a categoria e com a sociedade, de proporcionar instrumentos para que o farmacêutico preste serviços de qualidade à população.

Diretoria do CRF-SP



ATENÇÃO FARMACÊUTICA RENOVADA

Os últimos anos foram marcados por uma nova perspectiva e uma visão renovada para o desenvolvimento dos sistemas de saúde: os sistemas de saúde baseados em Atenção Primária em Saúde Renovada. Enfatizando sobre valores fundamentais como o direito ao maior nível de saúde possível, equidade, solidariedade, sustentabilidade e intersectorialidade, a estratégia busca integrar elementos contextuais, considerar os determinantes sociais e os compromissos derivados dos Objetivos do Milênio (ODM).

Com o foco sempre maior de direitos humanos e justiça social, a questão do acesso universal a Medicamentos Essenciais se tornou como um dos indicadores chaves para monitorar o compromisso nacional e progressos para atingir o mais alto nível ou padrão de saúde nos países.

O acesso a serviços de saúde de maneira mais geral é dependente da qualidade da atenção oferecida. Por isso, a nova estratégia privilegia o paciente e pretende colocar o usuário ao centro do sistema de prestação de serviços. Nesse sentido e para garantir a efetividade de intervenções, a promoção do uso racional de medicamento esta fortemente promovida tanto pelo lado do prescritor como do lado do consumidor.

O contexto econômico global tem sido desfavorável nos últimos anos, a questão de seleção de medicamentos e tecnologias básicas se tornou de maior relevância e estudos econômicos são promovidos para evidenciar o custo efetividade das intervenções, para justificar ou priorizar a introdução de novos medicamentos e tecnologias nos sistemas de saúde e otimizar os recursos disponíveis em saúde.

Outro aspecto fundamental para melhorar a qualidade da atenção farmacêutica é o de aumentar o acesso a medicamentos e tecnologias, focado pela estratégia de atenção primária em saúde renovada, traduzido pela necessidade de qualificar os recursos humanos. Evidências demonstraram a falta de recursos qualificados, incluindo a falta de farmacêuticos e a necessidade para outros profissionais da saúde preencher esse vazio em temas tão importantes e complexos como são os mecanismos de compra ou de dispensação de qualidade.

A qualificação é imprescindível para poder mudar a imagem e a percepção que os usuários e a sociedade podem ter da atenção farmacêutica, e para aclarar na consciência coletiva a farmácia como estabelecimento de saúde e uma das portas de entrada do sistema e acesso a atenção à saúde.

Christophe Rérat

Coordenador da Unidade de Medicamentos, Tecnologias e Pesquisa - OPAS/OMS



Índice

Atenção Farmacêutica

1. O Percurso Histórico da Atenção Farmacêutica no Mundo e no Brasil.....	8
2. Aspectos regulatórios da ATENFAR.....	15
3. A ATENFAR e o LEPFS.....	18
4. Qualidade de serviço na Atenção Farmacêutica.....	20
5. Estrutura do serviço de Atenção Farmacêutica.....	21
6. Seleção dos pacientes.....	23
7. Processo do serviço de Atenção Farmacêutica.....	24
8. Atenção farmacêutica: indicadores de resultado.....	28
Referências Bibliográficas.....	32
ANEXO 1.....	37
ANEXO 2.....	38
ANEXO 3.....	44
ANEXO 4.....	45
ANEXO 5.....	46
ANEXO 6.....	47
ANEXO 7.....	51





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

1. O percurso histórico da atenção farmacêutica no mundo e no Brasil

O termo Atenção Farmacêutica (AtenFar) foi, possivelmente, citado pela primeira vez na literatura em uma publicação de Brodie et al. (1980), como sendo: *“A definição das necessidades farmacoterapêuticas de um dado paciente e a provisão não apenas dos medicamentos requeridos, mas também dos serviços necessários (antes, durante e depois) para assegurar uma terapia perfeitamente segura e efetiva”*. O conceito de Brodie foi um marco, pois incluiu uma ideia de mecanismo de retroalimentação, como meio de facilitar a continuidade dos cuidados por parte de quem os prestava. Com isso, foi aberto um caminho para a otimização no uso da farmacoterapia (quanto a sua segurança e efetividade), bem como para a maior conscientização dos profissionais e pacientes. No entanto, o enfoque ainda não estava centrado no paciente, mas na disponibilidade e no acesso ao medicamento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Em 1985, Hepler apontou para uma filosofia de prática e o estabelecimento de um compromisso para desenvolver a Farmácia como uma verdadeira profissão clínica: *“Deveria haver um pacto entre os farmacêuticos e seus pacientes e, por extensão, entre a profissão farmacêutica e a sociedade”*. Mais adiante, Hepler (1987) destacou que era essencial estabelecer relações com o paciente, em que o profissional deveria controlar o uso dos medicamentos (com habilidade e conhecimentos adequados). Além disso, o mesmo autor descreveu o momento de evolução profissional como a *“terceira onda da educação farmacêutica”* e propôs que: *“Todos os farmacêuticos clínicos deveriam mudar a ênfase voltada para realizar ações isoladas para os pacientes e aceitassem uma parcela de responsabilidade na atenção dos mesmos”*.

Hepler (1988), mais uma vez, defendeu que a profissão precisava acompanhar as transformações tecnológicas, econômicas e sociais que estavam acontecendo no mundo, mas ainda havia diversos aspectos não resolvidos nos mais diversos âmbitos. Também advogou a reprofissionalização baseada em

quatro pilares: a farmácia como atividade central e com função social, definição da filosofia profissional e relação com a sociedade, estruturação organizacional da profissão e marketing da nova profissão. O autor ainda definiu que, dependendo do local de trabalho, poderia haver muitas *“profissões farmacêuticas”*, mas a magnitude do desafio de criar uma nova profissão deveria inspirar admiração, principalmente porque cada força poderia interagir com a outra e se basear no mesmo princípio filosófico.

Na mesma época, Strand et al. (1988) trabalharam no desenvolvimento do Pharmacist’s Workup of Drug Therapy (PWDT), processo racional e sistemático de tomada de decisão em que as necessidades dos pacientes com relação à farmacoterapia podem ser abordadas e documentadas de maneira sistemática e global. Em 1990, foi estabelecido um pacto que compreendeu a visão filosófica de Strand e o pensamento de Hepler sobre a responsabilidade profissional no cuidado aos pacientes, que resultou no conceito clássico de AtenFar e que causou mudanças profundas nos rumos da profissão, como sendo: *“A provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de obter resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes”*. Os resultados definidos seriam a cura da doença, eliminação ou redução dos sintomas, interrupção ou retardamento da doença e prevenção de uma enfermidade ou sintoma.

Segundo os autores, para prestar a AtenFar o farmacêutico deveria dedicar um tempo para entender as necessidades do paciente quanto a sua saúde e doenças, e simultaneamente colaborar com os outros profissionais de saúde no planejamento, implementação e monitorização de uma farmacoterapia segura e efetiva. Assim, foi iniciada a superposição gradativa do paradigma dominante (tecnicista) centrado no medicamento, por um novo paradigma emergente (humanístico e social) centrado no paciente e no desenvolvimento de relações terapêuticas.



Penna (1990) afirmou que, na década de 1990, a AtenFar seria reconhecida como uma estratégia de provisão de serviços farmacêuticos e de filosofia de reprofissionalização tão revolucionária quanto a Farmácia Clínica foi no passado. No mesmo ano, Strand et al. (1990) propuseram a primeira classificação de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), com oito categorias, sem critérios de agrupamento entre elas. Os autores, alicerçados no enfoque sistemático de resolução de PRM, definiram-nos como sendo: “uma experiência indesejável do paciente que envolve a farmacoterapia e que interfere real ou potencialmente com os resultados desejados pelo paciente”.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o papel fundamental do farmacêutico no sistema de atenção à saúde, em colaboração com outros membros da equipe, com respeito a atender às necessidades dos pacientes e assegurar o uso correto dos medicamentos. Em vista disso, a AtenFar passou a ser adotada como nova prática profissional e foi conceituada como (OMS, 1993): “o conjunto de atitudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e qualidade de vida da população”. Além disso, o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico.

Em 1994, o Europharm Forum, entidade de cooperação entre a OMS e diversas organizações nacionais profissionais, fundou a Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) com o propósito de implantar e desenvolver a prática da AtenFar na Europa, por intermédio da realização de projetos multicêntricos (BERNSTEN et al., 2001). Em seguida, no Congresso da Federação Internacional dos Farmacêuticos (FIP), realizado em Jerusalém, foi discutida “a preparação do profissional do terceiro milênio”, que teve como conclusão que “a vocação da farmácia do futuro seria a orientação aos pacientes” (BRANDÃO, 1996). Para tanto, a FIP decidiu se empenhar para difundir a AtenFar, em especial nos países de terceiro mundo. Outras recomendações internacionais (OMS, 1996, 1997, 1998) confirmaram a AtenFar como filo-

sofia de prática e estabeleceram a missão da prática farmacêutica: “*prover medicamentos, outros serviços e produtos de saúde, bem como ajudar a sociedade a fazer o melhor uso deles*”.

Embora Hepler e Strand (1990) tenham proposto juntos o conceito de AtenFar mais disseminado no mundo, os mesmos seguiram dois modelos de prática diferentes. Hepler e seus colaboradores trabalharam com a avaliação de enfermidades crônicas como Diabetes e Asma e desenvolveram estudos denominados projetos TOM (Therapeutic Outcomes Monitoring), usando a asma como piloto (GRAINGER- ROUSSEAU et al., 1997). Strand e seus colaboradores utilizaram o modelo PWDT, que pode ser aplicado sistematicamente para todos os tipos de situações. Este grupo desenvolveu um projeto de investigação, orientado à prática na farmácia comunitária, denominado Minnesota Pharmaceutical Care Project (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000).

Em 1998, o grupo da Universidade de Minnesota (EUA) passou a definir a AtenFar como uma prática de saúde, composta de uma filosofia, um processo de cuidado ao paciente e um sistema de condutas, como sendo (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2000): “uma prática na qual o farmacêutico assume a responsabilidade de atender às necessidades do paciente no que concerne a sua farmacoterapia e assume o compromisso de resolvê-las”. De acordo com o conceito, é preciso estabelecer uma relação direta com o paciente, para que seja possível atender às suas necessidades associadas à farmacoterapia. Um dos resultados mais positivos obtidos foi a mudança de atitude de médicos, que passaram a considerar o farmacêutico um componente complementar e totalmente necessário à equipe de saúde (STRAND et al., 2000). Vale ressaltar que todas estas informações estavam documentadas no primeiro livro do grupo, intitulado: *Pharmaceutical Care Practice: the clinicians guide* (1998).

Naquela obra, o grupo ainda modificou a classificação (com sete categorias agrupadas em critérios de necessidade, efetividade, segurança e adesão) e o conceito de PRM, como: “qualquer evento indesejável experimentado pelo paciente que envolva ou se suspeite que envolva a farmacoterapia e que interfira



real ou potencialmente em um resultado esperado". Assim, os PRM passaram a ser entendidos como os eventos indesejáveis que interferem ou podem interferir nos resultados esperados, não se restringindo às enfermidades e sintomas, mas também a qualquer problema relacionado com os aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturais ou econômicos (CIPOLLE et al., 2000).

Também em 1998, um grupo de farmacêuticos se reuniu em Granada (Espanha), para entrar em acordo sobre alguns conceitos e estabelecer critérios comuns de interpretação dos chamados PRM. Assim, no primeiro Consenso de Granada (1998) foi proposto um conceito de PRM que se fundamentou nos conceitos publicados pelo Grupo de Minnesota (1990, 1998): *"é um problema de saúde, vinculado com a farmacoterapia e que interfere ou pode interferir nos resultados de saúde esperados de um paciente"*. Quanto à classificação dos PRM, foi apresentada uma nova modificação, com apenas seis categorias, agrupadas segundo critérios de necessidade, efetividade e segurança.

Um ano depois, o Grupo de Investigação em AtenFar da Universidade de Granada identificou alguns obstáculos que afastavam os farmacêuticos comunitários espanhóis da nova prática, como: a falta de formação específica, desinteresse dos pacientes, escassez de tempo, etc. Com base nas dificuldades encontradas, foi desenvolvida uma metodologia voltada para a realidade daquele país, chamada Programa Dáder, de Implantação do Seguimento do Tratamento Farmacológico (FAUS, 2000). Esse programa buscou formar os farmacêuticos comunitários para a prática por meio de um processo de orientação e educação continuada, com a apresentação e comparação de resultados. O método Dáder, como o PWDT, pode ser aplicado sistematicamente em todos os tipos de situações e doenças; além disso, baseia-se nos problemas de saúde apresentados pelo paciente para identificar e resolver os PRM.

O Primeiro Consenso em Atenção Farmacêutica (2001) entendeu que o termo AtenFar, na Espanha, abrange um número amplo de serviços e atividades profissionais, denominando o atendimento e acompanhamento personalizado dos pacientes, como se-

guimento do tratamento farmacológico. Então, o seguimento do tratamento farmacológico foi definido como: *"a prática profissional na qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos"*. Isto se realiza mediante a detecção, prevenção e resolução dos PRM. Este serviço implica em um compromisso, e deve ser fornecido de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com os demais profissionais sanitários, visando a alcançar resultados concretos que melhorem a saúde do paciente.

O Segundo Consenso de Granada (2002) centralizou as discussões no conceito e nas modificações propostas em 1998, buscando oferecer à comunidade científica e profissional uma ferramenta de trabalho útil e atual. Deste modo, os PRM foram definidos como: problemas de saúde, entendidos como resultados clínicos negativos derivados da farmacoterapia que são produzidos por diversas causas e têm como consequência o não alcance do objetivo terapêutico desejado ou o aparecimento de efeitos indesejáveis.

Um ano depois, o grupo liderado por Strand e Cipolle conseguiu fazer com que o governo federal americano reconhecesse oficialmente no Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003 a cobertura do seguimento da farmacoterapia para beneficiários elegíveis (OLIVEIRA et al., 2010). No documento, a AtenFar foi denominada pela primeira vez como manejo da farmacoterapia (Medication Therapy Management - MTM), tendo como meta otimizar os "resultados farmacoterapêuticos" e "reduzir o risco de eventos adversos, incluindo reações adversas a medicamentos". Ademais, os farmacêuticos foram citados como os potenciais prestadores de cuidados de saúde e do manejo da farmacoterapia, porém não foram os únicos, visto que "outros profissionais qualificados" também poderiam prestar estes cuidados. No entanto, a legislação exige que tanto os farmacêuticos quanto quaisquer destes outros profissionais apresentem um certificado de treinamento específico emitido pela Universidade de Minnesota. É preciso enfatizar que esta exigência consolidou a parceria da Universidade de Minnesota e o plano de saúde Fairview Health Services, que



contratou dez farmacêuticos apenas para realizar o manejo da farmacoterapia.

O ano de 2004 foi rico em discussões. O grupo de Minnesota lançou a segunda edição do livro *Pharmaceutical Care Practice: the clinicians guide*, introduzindo o conceito de “experiência dos pacientes com medicamentos” (Cipolle, Strand, Morley, 2004). A partir de então, considerou-se que a evolução do processo de cuidado farmacêutico (Pharmacotherapy Workup) passava necessariamente pelo entendimento da ótica de cada paciente sobre sua farmacoterapia. Portanto, o problema não era mais relacionado isoladamente ao medicamento, mas à maneira com que a cultura, religião, valores éticos, crenças, necessidades, expectativas, entendimentos, preferências e atitudes do paciente podem influenciar direta ou indiretamente no uso ou não da farmacoterapia. Tal conclusão foi fruto da experiência do grupo com AtenFar, o que demonstrou forte impacto nos resultados clínicos e econômicos de cerca de 3.000 pacientes americanos (Strand et al., 2004).

Ainda em 2004, Hepler discutiu as diferenças e similitudes da AtenFar e da Farmácia Clínica, frisando que ambas são compatíveis e mutuamente complementares. O autor também destacou que a AtenFar confirma a proposta original da Farmácia Clínica, especialmente quando percebida como mais uma prática profissional e não como uma nova ciência da saúde. Ademais, discutiu que nenhum dos conceitos de AtenFar cita que o seguimento farmacoterapêutico é uma atribuição exclusiva do farmacêutico. Todavia, devido aos índices alarmantes de morbimortalidade relacionada aos medicamentos, defende que ambas devem ser a linha mestra da profissão farmacêutica e que não devem ser consideradas apenas especializações opcionais. Para tanto, afirmou que é preciso alterar o processo de formação do farmacêutico, direcionando o ensino para a prática clínica e a promoção do uso racional de medicamentos.

Na Espanha, em 2006, um Fórum sobre “PRM y RNM: conceptos y definiciones”, debateu a difícil reprodutibilidade dos estudos, em decorrência da confusão gerada entre o termo PRM e os diversos termos utilizados na literatura: *drug-related problems (DRP)*, *drug therapy problems (DTP)*, *me-*

dicine-related problems (MRP), *medication-related problems (MTP)*, *pharmacotherapy failures*, *drug treatment failure pharmacotherapy problem e treatment-related problems* (FORO, 2006). Isto demonstrou a necessidade de se usar termos biomédicos que assegurassem menor confusão entre os farmacêuticos e maior compreensão por parte dos demais profissionais de saúde. A partir dessa lógica, os especialistas presentes ao evento consideraram necessário separar os elementos do uso de medicamentos e os resultados associados à medicação. Assim, os PRM foram definidos como situações que, no processo de uso de medicamentos, causem ou possam causar maior risco de aparecimento de resultados negativos associados à medicação (RNM).

No ano seguinte, foi realizado o Terceiro Consenso de Granada (2007), que endossou o Fórum no que concerne à separação de PRM e RNM. Com isto, formou-se o consenso de que os PRM (as causas de RNM) podem ser múltiplos, dinâmicos e que todos devem ser listados e considerados, sem exceção e limitação, ao longo da prática clínica. Outrossim, foi mantida a lógica sistemática proposta pelo Segundo Consenso para classificação dos agora RNM, todavia a expressão numérica dos mesmos foi abolida, recomendando-se que a estes se faça referência com uma breve definição. Finalmente, foi necessário que se ajustasse a definição de seguimento da farmacoterapia para atender aos novos conceitos de PRM e RNM.

De acordo com Oliveira et al. (2010), um estudo retrospectivo de 1998 a 2008 no Estado de Minnesota mostrou que os apenas dez farmacêuticos do Fairview Health Services proporcionaram melhora significativa dos resultados clínicos de 9.000 pacientes atendidos e geraram uma economia de quase três milhões de dólares para o plano de saúde. Além disso, os pacientes consideraram os farmacêuticos indispensáveis para a equipe de cuidados de saúde, pois assumem a responsabilidade pelos resultados farmacoterapêuticos dos primeiros. Neste ano, o Fairview Health Services está expandindo o número de farmacêuticos em 30%, com vistas a otimizar mais farmacoterapias e reduzir custos associados aos serviços de saúde. Tal dado é fundamental, considerando-se que esta é a primeira iniciativa no mundo e serve de re-



ferência para a implantação e consolidação de novos serviços de seguimento da farmacoterapia.

No Brasil, um dos marcos iniciais para a introdução do novo modelo de prática foi a realização do I Concurso de Aconselhamento ao Paciente, em 1995, durante o XVIII Encontro Nacional de Estudantes de Farmácia (ENEF), ocorrido em Natal (RN), pois, a partir daí, estudantes e professores envolvidos no processo despertaram para a necessidade de uma mudança de atitude no atendimento ao paciente (LYRA Jr. et al, 2000). Em 1997, o movimento estudantil de farmácia teve um papel de destaque no aprofundamento do debate, com a realização do XX ENEF, no Recife (PE), cujo tema principal foi “*A Atenção Farmacêutica: instrumento de saúde*”, que vislumbrava uma nova perspectiva para os próximos anos (LYRA JR.; DIAS FILHO, 1997).

A AtenFar foi introduzida no Brasil com diferentes vertentes e compreensões, muitas vezes sem diretrizes técnicas sistematizadas e sem levar em conta as características do país e do seu sistema de saúde. Por estes motivos, farmacêuticos e outras instituições representativas de saúde e da categoria, tendo à frente a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), participaram de um processo de discussão sobre as diversidades dos conceitos e da prática profissional. Assim, foi organizada uma oficina de trabalho para a apresentação de experiências e reflexões sobre AtenFar, em 2001, na cidade de Fortaleza (CE), sendo que o processo foi complementado por mais duas reuniões, em Brasília. Todo o processo, bem como as recomendações e propostas de estratégias, foram sintetizados no relatório “*Promoção da Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*” (JARAMILLO et al., 2001).

Em 2002, foi lançada a proposta do Consenso Brasileiro, fruto de um processo de construção coletiva que definiu a AtenFar como sendo (OPAS, 2002): “*Um modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica*”. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades 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 a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

Em Florianópolis, no mesmo ano, teve lugar o Pré-Congresso “*Experiências em Atenção Farmacêutica no Brasil e na América Latina*”, em conjunto com o 11º Farmapolis, no qual a proposta de consenso foi apresentada publicamente pela primeira vez. Foram apresentados também, nesta oportunidade, o Consenso Espanhol de AtenFar, bem como relatos de experiências, inclusive desenvolvidas por universidades (OPAS, 2003). Ainda no mesmo ano, o Fórum Farmacêutico das Américas organizou uma reunião de um grupo de especialistas em Caracas (Venezuela) para compartilhar experiências sobre a participação do farmacêutico no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Posteriormente, foi implantado um projeto de AtenFar voltado para esta doença, em países como a Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile e Venezuela.

Durante o 3º Congresso de Ciências Farmacêuticas do Rio de Janeiro em 2003, foi realizado o I Fórum Nacional de Atenção Farmacêutica, no qual ocorreu mais um momento para trocas de experiências. Os debates definiram a filosofia e seus princípios, além das habilidades e competências essenciais à prática da AtenFar no país. Além disso, a proposta de Consenso foi amplamente discutida e apresentada em vários eventos de âmbito regional e nacional. Em 2004, durante o 12º Farmapolis, aconteceu o II Fórum Nacional de AtenFar, cujas metas principais foram: dar início à elaboração de uma proposta de agenda de prioridades para a inserção da AtenFar no processo de atenção à saúde, a partir de experiências concretas em diferentes cenários, estratégias existentes e deliberações da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (OPAS, 2004).

No segundo semestre de 2005, os Departamentos de Assistência Farmacêutica (DAF) e de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) lançaram o Edital nº 054/2005, que buscou contribuir para a produção do conheci-



mento científico na área de Assistência Farmacêutica de forma a aprimorar sua gestão no âmbito do SUS e promover a ampliação do acesso da população a medicamentos de qualidade e seu uso racional. O referido edital pode ser considerado um marco histórico, pois abriu as portas do fomento à pesquisa no país para a área de AtenFar. O edital tinha como meta o desenvolvimento de novas metodologias adaptadas à realidade nacional, assim como a avaliação da eficácia e efetividade das práticas em andamento. Assim, foram aprovados os 11 primeiros projetos de pesquisa (15% do total de projetos aprovados no edital) na área, de dez diferentes estados, abrangendo todas as regiões do país.

Para referendar os resultados e reafirmar o interesse no desenvolvimento deste novo modelo de prática profissional, o DAF realizou, em fevereiro de 2006, na cidade de Brasília, o Fórum de Ensino e Pesquisa em Atenção Farmacêutica, no Âmbito do SUS (BRASIL, 2007). Este evento teve como metas: dar conhecimento e formação aos aprovados no Edital MCT-CNPq/MS-SCTIEDECIT- DAF – nº 54/2005, sobre as áreas essenciais para implementação da AtenFar, no âmbito do SUS; promover intercâmbio entre os pesquisadores, no sentido de formar uma rede nacional de investigação na área e discutir aspectos metodológicos relevantes para a avaliação do impacto da AtenFar e a sua consolidação como prática, nas citadas áreas essenciais. Em maio do mesmo ano foi realizado, também em Brasília, o Seminário Internacional para Implantação da Atenção Farmacêutica no SUS (BRASIL, 2009). Este foi mais um marco estratégico nas iniciativas de promoção do uso racional de medicamentos no país, pois reuniu ministrantes internacionais como Linda Strand e Amanda Brummel (dos EUA), Manuel Machuca e Fernando Martinez-Martinez (da Espanha), Alina Sánchez (de Cuba) e José Luiz Castro (da Argentina). Além disso, foram apresentados quase 90 relatos de experiências, provenientes de 16 Estados e do Distrito Federal, o que demonstrou o vertiginoso crescimento desta nova área da profissão farmacêutica no país.

No início de 2007, o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) promoveu a realização do Seminário Internacional de Dispensação

e Atenção Farmacêutica do Estado de São Paulo. O evento contou com cerca de 200 participantes e a presença de palestrantes nacionais e internacionais como o vice-presidente da FIP, Dick Tromp (Holanda), Ema Paulino (Portugal) e Elisabeth Ravera (Uruguai). No evento foram apresentados diversos relatos de experiências no Brasil e exterior, assim como foram debatidas as novas competências necessárias à formação dos futuros farmacêuticos e as estratégias para a consolidação da dispensação e AtenFar no século XXI.

No ano de 2009, como resultado dos eventos realizados em 2006 e apoio da CAPES, foi proposta a criação da Rede Brasileira de Assistência Farmacêutica e de Vigilância em Medicamentos (REBRÁVIME). Integram a rede pesquisadores, professores e profissionais da área, com o objetivo de constituir parcerias que levem à formação de grupos de pesquisa qualificados. A associação desses pesquisadores também visa à implantação de um Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica e Vigilância de Medicamentos em 2011, o que é essencial para o desenvolvimento científico, dentre outras, da área de AtenFar. Ainda em 2009, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução-RDC nº 44 que dispõe sobre 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, que, de forma inédita, regulamenta a prática da AtenFar no Brasil.



2. Aspectos regulatórios da ATENFAR

De acordo com a RDC nº 44/09, entende-se por Boas Práticas Farmacêuticas: “o conjunto de técnicas e medidas que visam assegurar a manutenção da qualidade e segurança dos produtos disponibilizados e dos serviços prestados em farmácias e drogarias, com o fim de contribuir para o uso racional desses produtos e a melhoria da qualidade de vida dos usuários”.

Dentre outros aspectos, a referida Resolução normatizou:

“... Do Ambiente Destinado aos Serviços Farmacêuticos

Art. 15 - O ambiente destinado aos serviços farmacêuticos deve ser diverso daquele destinado à dispensação e à circulação de pessoas em geral, devendo o estabelecimento dispor de espaço específico para esse fim.

§1º - O ambiente para prestação dos serviços que demandam atendimento individualizado deve garantir a privacidade e o conforto dos usuários, possuindo dimensões, mobiliário e infra-estrutura compatíveis com as atividades e serviços a serem oferecidos.

...

CAPÍTULO VI DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Art. 61 - Além da dispensação, poderá ser permitida às farmácias e drogarias a prestação de serviços farmacêuticos conforme requisitos e condições estabelecidos nesta Resolução.

§1º - São considerados serviços farmacêuticos passíveis de serem prestados em farmácias ou drogarias a atenção farmacêutica e a perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos.

§2º - A prestação de serviço de atenção farmacêutica compreende a atenção farmacêutica domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico e a administração de medicamentos.

...

Seção I

Da Atenção Farmacêutica

Art. 63 - A atenção farmacêutica deve ter como objetivos a prevenção, detecção e resolução de problemas relacionados a medicamentos, promover o uso racional dos medicamentos, a fim de melhorar a saúde e qualidade de vida dos usuários.

§1º - Para subsidiar informações quanto ao estado de saúde do usuário e situações de risco, assim como permitir o acompanhamento ou a avaliação da eficácia do tratamento prescrito por profissional habilitado, fica permitida a aferição de determinados parâmetros fisiológicos e bioquímico do usuário, nos termos e condições desta Resolução.

§2º - Também fica permitida a administração de medicamentos, nos termos e condições desta Resolução.

Art. 64 - Devem ser elaborados protocolos para as atividades relacionadas à atenção farmacêutica, incluídas referências bibliográficas e indicadores para avaliação dos resultados.

§1º - As atividades devem ser documentadas de forma sistemática e contínua, com o consentimento expresso do usuário.

§2º - Os registros devem conter, no mínimo, informações referentes ao usuário (nome, endereço e telefone), às orientações e intervenções farmacêuticas realizadas e aos resultados delas decorrentes, bem como informações do profissional responsável pela execução do serviço (nome e número de inscrição no Conselho Regional de Farmácia).

Art. 65 - As ações relacionadas à atenção farmacêutica devem ser registradas de modo a permitir a avaliação de seus resultados.

Parágrafo único - Procedimento Operacional Padrão deverá dispor sobre a metodologia de avaliação dos resultados.

Art. 66 - O farmacêutico deve orientar o usuário a buscar assistência de outros profissionais de saúde.



de, quando julgar necessário, considerando as informações ou resultados decorrentes das ações de atenção farmacêutica.

Art. 67 - O farmacêutico deve contribuir para a farmacovigilância, notificando a ocorrência ou suspeita de evento adverso ou queixa técnica às autoridades sanitárias.

Subseção I

Da Atenção Farmacêutica Domiciliar

Art. 68 - A atenção farmacêutica domiciliar consiste no serviço de atenção farmacêutica disponibilizado pelo estabelecimento farmacêutico no domicílio do usuário, nos termos desta Resolução.

Parágrafo único - A prestação de atenção farmacêutica domiciliar por farmácias e drogarias somente é permitida a estabelecimentos devidamente licenciados e autorizados pelos órgãos sanitários competentes.

Subseção II

Da Aferição Dos Parâmetros Fisiológicos e Bioquímico Permitidos

Art. 69 - A aferição de parâmetros fisiológicos ou bioquímico oferecida na farmácia e drogaria deve ter como finalidade fornecer subsídios para a atenção farmacêutica e o monitoramento da terapia medicamentosa, visando à melhoria da sua qualidade de vida, não possuindo, em nenhuma hipótese, o objetivo de diagnóstico.

§1º - Os parâmetros fisiológicos cuja aferição é permitida nos termos desta Resolução são pressão arterial e temperatura corporal.

§2º - O parâmetro bioquímico cuja aferição é permitida nos termos desta Resolução é a glicemia capilar.

§3º - Verificada discrepância entre os valores encontrados e os valores de referência constantes em literatura técnico-científica idônea, o usuário deverá ser orientado a procurar assistência médica.

§4º - Ainda que seja verificada discrepância entre os valores encontrados e os valores de referência, não poderão ser indicados medicamentos ou alterados os medicamentos em uso pelo paciente quando estes

possuam restrição de “venda sob prescrição médica”.

Art. 70 - As medições do parâmetro bioquímico de glicemia capilar devem ser realizadas por meio de equipamentos de autoteste.

Parágrafo único - A aferição de glicemia capilar em farmácias e drogarias realizadas por meio de equipamentos de autoteste no contexto da atenção farmacêutica não é considerada um Teste Laboratorial Remoto - TLR, nos termos da legislação específica.

Art. 71 - Para a medição de parâmetros fisiológicos e bioquímico permitidos deverão ser utilizados materiais, aparelhos e acessórios que possuam registro, notificação, cadastro ou que sejam legalmente dispensados de tais requisitos junto a Anvisa.

Parágrafo único - Devem ser mantidos registros das manutenções e calibrações periódicas dos aparelhos, segundo regulamentação específica do órgão competente e instruções do fabricante do equipamento.

Art. 72 - Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) relacionados aos procedimentos de aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímico devem indicar claramente os equipamentos e as técnicas ou metodologias utilizadas, parâmetros de interpretação de resultados e as referências bibliográficas utilizadas.

Parágrafo único - O Procedimento Operacional Padrão (POP) deve incluir os equipamentos de proteção individual (EPI's) a serem utilizados para a medição de parâmetros fisiológicos e bioquímico, assim como trazer orientações sobre seu uso e descarte.

Art. 73 - Os procedimentos que gerem resíduos de saúde, como materiais perfurocortantes, gaze ou algodão sujos com sangue, deverão ser descartados conforme as exigências de legislação específica para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

...

Seção III

Da Declaração de Serviço Farmacêutico

Art. 81 - Após a prestação do serviço farmacêutico deve ser entregue ao usuário a Declaração de Serviço Farmacêutico.



§1º - A Declaração de Serviço Farmacêutico deve ser elaborada em papel com identificação do estabelecimento, contendo nome, endereço, telefone e CNPJ, assim como a identificação do usuário ou de seu responsável legal, quando for o caso.

§2º - A Declaração de Serviço Farmacêutico deve conter, conforme o serviço farmacêutico prestado, no mínimo, as seguintes informações:

I - atenção farmacêutica:

a) medicamento prescrito e dados do prescritor (nome e inscrição no conselho profissional), quando houver;

b) indicação de medicamento isento de prescrição e a respectiva posologia, quando houver;

c) valores dos parâmetros fisiológicos e bioquímico, quando houver; seguidos dos respectivos valores considerados normais;

d) frase de alerta, quando houver medição de parâmetros fisiológicos e bioquímico: “ESTE PROCEDIMENTO NÃO TEM FINALIDADE DE DIAGNÓSTICO E NÃO SUBSTITUI A CONSULTA MÉDICA OU A REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS”;

e) dados do medicamento administrado, quando houver:

1. nome comercial, exceto para genéricos;

2. denominação comum brasileira;

3. concentração e forma farmacêutica;

4. via de administração;

5. número do lote; e

6. número de registro na Anvisa.

f) orientação farmacêutica;

g) plano de intervenção, quando houver; e

h) data, assinatura e carimbo com inscrição no Conselho Regional de Farmácia (CRF) do farmacêutico responsável pelo serviço.

...

§3º - É proibido utilizar a Declaração de Serviço Farmacêutico com finalidade de propaganda ou publicidade ou para indicar o uso de medicamentos para os quais é exigida prescrição médica ou de outro profissional legalmente habilitado.

§4º - A Declaração de Serviço Farmacêutico deve ser emitida em duas vias, sendo que a primeira deve ser entregue ao usuário e a segunda permanecer arquivada no estabelecimento.

Art. 82 - Os dados e informações obtidos em decorrência da prestação de serviços farmacêuticos devem receber tratamento sigiloso, sendo vedada sua utilização para finalidade diversa à prestação dos referidos serviços.

Art. 83 - Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) relacionados devem conter instruções sobre limpeza dos ambientes, uso e assepsia dos aparelhos e acessórios, uso e descarte dos materiais perfurocortantes e anti-sepsia aplicada ao profissional e ao usuário.

Art. 84 - A execução de qualquer serviço farmacêutico deve ser precedida da anti-sepsia das mãos do profissional, independente do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

...

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 90 - É vedado utilizar qualquer dependência da farmácia ou da drogaria como consultório ou outro fim diverso do licenciamento.

Parágrafo único - É vedada a oferta de outros serviços que não estejam relacionados com a dispensação de medicamentos, a atenção farmacêutica e a perfuração de lóbulo auricular, nos termos desta Resolução.



3. A ATENFAR e o LEPFS

Atualmente, a AtenFar é foco de pesquisa do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Farmácia Social da Universidade Federal de Sergipe (LEPFS/ UFS) liderado pelos pesquisadores prof. Dr. Divaldo Pereira de Lyra Jr. e prof. Dr. Wellington Barros da Silva. O LEPFS é uma iniciativa acadêmica estabelecida em 2007, oferecendo uma plataforma de capacitação e comunicação para os investigadores, estudantes e profissionais da saúde com o intuito de promover o desenvolvimento e execução de projetos na área da Farmácia Social, com destaque para o desenvolvimento de programas-piloto de AtenFar nos serviços público e privados de saúde.

A seguir, alguns resumos dos estudos com AtenFar produzidos pelo grupo de pesquisa do LEPFS.

3.1 Lyra Júnior DP, Marcellini PS, Pelá IR. Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hypertension. The Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences. 2008;44 (3).

Efeito de intervenções de atenção farmacêutica na pressão arterial de pacientes idosos com hipertensão. O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito das intervenções farmacêuticas na prevenção e solução de problemas relacionados à farmacoterapia, ao índice de massa corporal (IMC) e ao controle da pressão arterial (PA) de um grupo de pacientes idosos portadores de hipertensão arterial. O grupo de 30 pacientes assistidos na farmácia de uma unidade básica de saúde, em Ribeirão Preto (SP), foi acompanhado por 12 meses. No estudo, foi observado que as intervenções do programa de AtenFar otimizaram o uso dos medicamentos, reduziram os problemas de saúde causados pelos medicamentos e melhoraram as condições de saúde dos pacientes. As intervenções influenciaram tanto no cuidado prestado aos idosos como na obtenção de resultados de saúde positivos. Depois desse estudo, o pesquisador ministrou um curso de capacitação sobre a prática da AtenFar para 38 farmacêuticos da Secretaria Municipal de Saúde

de Ribeirão Preto. Atualmente, alguns destes farmacêuticos estão perpetuando a prática introduzida na região.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Idosos. Atenção Farmacêutica.

3.2 BALISA-ROCHA, B. J. Avaliação do impacto de um programa de acompanhamento farmacoterapêutico em idosos portadores de Diabetes Mellitus tipo II. 2009. 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Sergipe, 2010.

Objetivo: Avaliar o impacto de um programa de acompanhamento farmacoterapêutico em um grupo de idosos com Diabetes Mellitus (DM) tipo II assistidos na Farmácia Popular de Aracaju (SE). Metodologia: foi realizado um estudo longitudinal, prospectivo e com intervenção no período de fevereiro a novembro de 2009, na Farmácia Popular do Brasil, no município de Aracaju, Estado de Sergipe. Foi obtida uma amostra por conveniência e não probabilística com faixa etária entre 60 e 75 anos, de ambos os gêneros. Foram agendadas consultas mensais durante o período de dez meses e as nove etapas de boa prática da AtenFar foram seguidas. Ao longo dos atendimentos, foram obtidos dados sociodemográficos, farmacoterapêuticos e clínicos (Hemoglobina Glicosilada – HbA1c, Glicemia Capilar, PA, IMC e Circunferência da Cintura). A avaliação da Qualidade de Vida foi realizada por um instrumento genérico denominado Medical Outcomes Studies 36 - item Short Form - SF36®. No total, 50 pacientes foram convidados a participar do programa de Atenfar; destes, 34 completaram o estudo (taxa de abandono = 32%). A média de idade dos idosos foi $65.94 \pm 4,73$ anos, sendo 18 (52,94%) participantes do gênero feminino. A média de medicamentos por idoso foi de 6,23 ($\pm 2,20$), 117 PRM foram identificados, 101 PRM foram resolvidos (86,32%). Os pacientes obtiveram diferença significativa das medidas de HbA1c,



Glicemia Capilar, PA (sistólica e diastólica) e Circunferência da Cintura, antes e depois das intervenções farmacêuticas ($p < 0,05$). Os domínios da Qualidade de Vida avaliados pelo SF36®: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental tiveram diferença significativa entre a linha de base e avaliação final. Conclusão: As intervenções farmacêuticas destinadas a resolver e prevenir PRM, associadas às intervenções educativas, são fatores que contribuem para a conscientização dos idosos sobre o DM e suas complicações. Assim, a corresponsabilização e a participação ativa dos idosos podem ter melhorado o uso da farmacoterapia e os seus resultados clínicos e humanísticos.

Palavras-chave: acompanhamento farmacoterapêutico; atenção farmacêutica; diabetes mellitus.

3.3 AGUIAR, P. M. Impacto de um programa de Atenção Farmacêutica nos resultados clínicos de um grupo de pacientes idosos com hipertensão não controlada. 2009. 141f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Federal de Sergipe, 2010.

A idade avançada acarreta maior risco de morbidade e mortalidade por eventos cardiovasculares. Apesar disto, os idosos compreendem a faixa etária com menores índices de controle da hipertensão. Estudos têm demonstrado que o envolvimento do farmacêutico no cuidado de pacientes com hipertensão melhora o controle da PA. Assim, o estudo teve por objetivo avaliar o efeito da AtenFar fornecida a pacientes idosos com hipertensão não controlada. Um ensaio clínico não controlado foi realizado em uma Farmácia Popular do Brasil de Aracaju. Neste estudo, foram incluídos pacientes com diagnóstico de hipertensão essencial, ambos os gêneros, com idade entre 60 e 75 anos e PA $\geq 140/90$ mmHg ou hipertensão sistólica isolada (PA sistólica ≥ 140 mmHg e PA diastólica < 90 mmHg). O farmacêutico agendou consultas mensais, cada uma com duração de 40-60 min, durante um período de dez meses (fevereiro a novembro/2009).

As intervenções farmacêuticas foram centradas na promoção de educação em saúde e monitoramento de problemas relacionados à farmacoterapia. Partindo de uma amostra inicial de 51 pacientes, 35 (68,6%) completaram o seguimento farmacoterapêutico. Ao final do estudo, aproximadamente 60% dos idosos controlaram a PA ($p < 0,01$) e houve redução média de 26,6 mmHg ($p < 0,01$) na PA sistólica; 10,4 mmHg ($p < 0,01$) na PA diastólica e 15,7 mmHg ($p < 0,01$) na pressão de pulso. O grupo mostrou melhora significativa na adesão ao tratamento ($p < 0,01$), porém não foi observada redução significativa nas medidas antropométricas (IMC e circunferência abdominal). Além disso, 119 (87,5%) dos problemas relacionados à farmacoterapia foram resolvidos ou prevenidos. O programa de AtenFar demonstrou ser um método eficaz para melhorar a adesão à medicação do paciente, bem como para reduzir e controlar a PA de idosos com hipertensão não controlada.

Palavras-chave: hipertensão não controlada, idosos, atenção farmacêutica



4. Qualidade de serviço na Atenção Farmacêutica

A Figura 1 ilustra o modelo de implantação do serviço de AtenFar em uma Farmácia Popular do Brasil do município de Aracaju (AGUIAR, 2010, BALISA-ROCHA, 2010). O cronograma de execução deste estudo durou 12 meses, sendo dividido em três etapas: estruturação da sala de Atendimento Farmacêutico (dezembro/2008); seleção dos pacientes (janeiro/2009) e processo de seguimento farmacoterapêutico (fevereiro a novembro/2009).

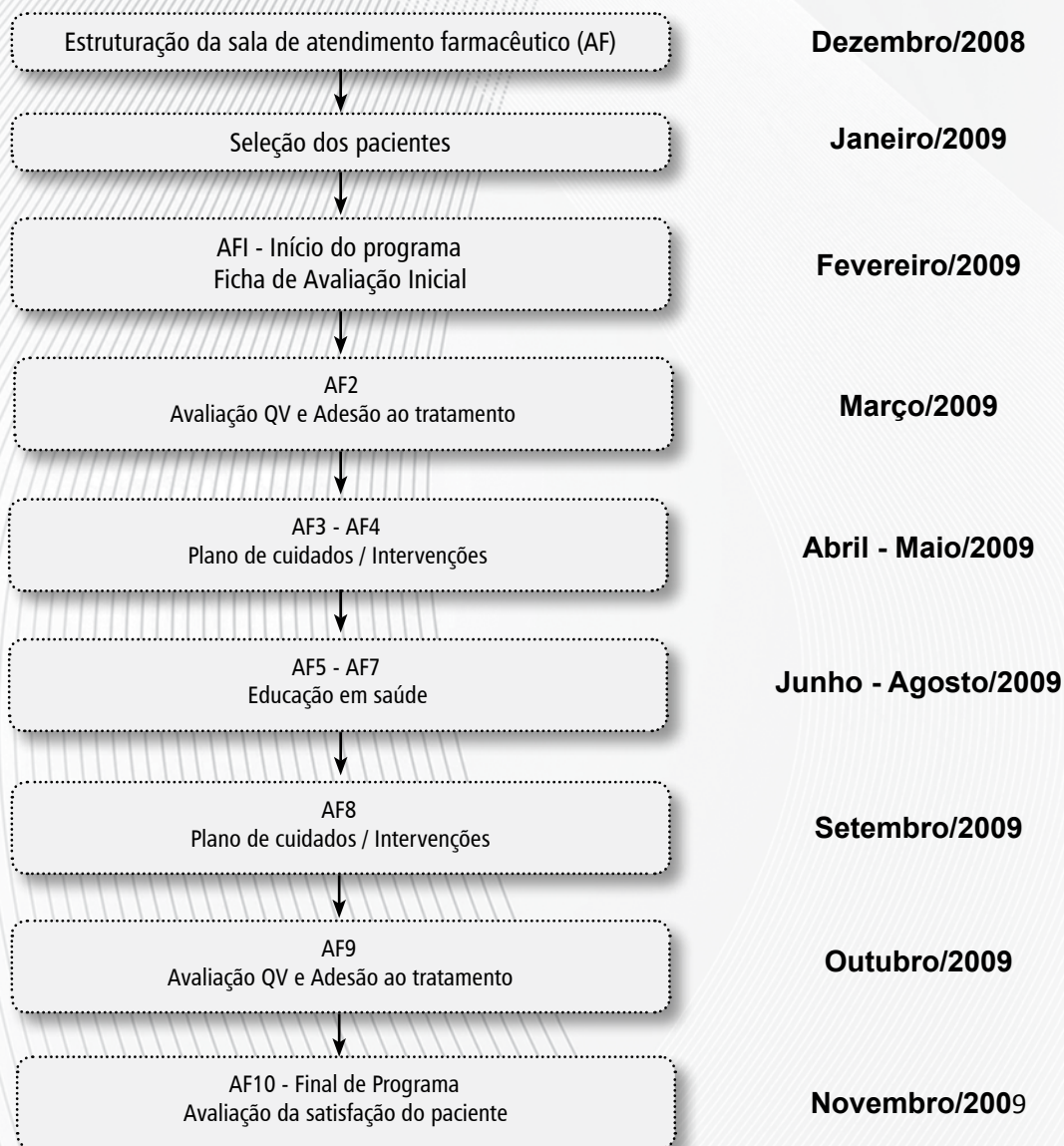


Figura 1: Modelo de implantação do serviço de Atenção Farmacêutica

5. Estrutura do serviço de Atenção Farmacêutica

5.1 Recursos humanos:

As avaliações relacionadas aos recursos humanos na AtenFar apontam dificuldades, pois a maioria dos profissionais farmacêuticos têm uma formação voltada para o paradigma tecnicista, centrado nos medicamentos e não nos pacientes. Desta forma, o desafio posto àqueles que pensam em atuar no cuidado farmacêutico inicia-se na necessidade da capacitação para esse perfil de profissional de saúde pretendido. As atividades profissionais desta nova prática requerem um farmacêutico com formação diferenciada da que vem sendo fornecida pelo sistema educacional brasileiro. Deste modo, para assegurar a formação de farmacêuticos qualificados no âmbito da AtenFar, faz-se necessária a realização de treinamento que envolva: processo de trabalho (avaliação do paciente, desenvolvimento de plano de cuidado e avaliação do seguimento), método de documentação e classificação de PRM utilizado e treinamento das habilidades de comunicação, por meio de simulação de sessões de entrevistas e orientação ao paciente (CIPOLLE et al., 2004; CASTRO et al., 2006).

A presença de farmacêuticos treinados é apontada como pré-condição para a implementação da AtenFar e demais serviços cognitivos, assumindo o papel de elemento-chave para a efetiva mudança da prática profissional (GASTELURRUTIA et al., 2009; ZARDAÍN ET AL., 2009). Embora algumas faculdades de farmácia incluam em seus currículos a disciplina de AtenFar na graduação, isso não é garantia suficiente de capacitação. Assim, os farmacêuticos que se propõem à realização da AtenFar necessitam, com frequência, de programas de educação permanente, aprimorando habilidades e conhecimentos específicos desta prática. Ao final deste fascículo, encontram-se listadas algumas referências bibliográficas recomendadas para a realização desse serviço (Anexo I).

5.2 Recursos físicos:

Informações apropriadas sobre medicamentos são essenciais para assegurar o uso correto e estão diretamente ligadas à qualidade das ações de saúde desenvolvidas

pelo farmacêutico (FERNÁNDEZ-LLIMÓS, 1999). Portanto, as fontes de informação devem ser facilmente acessíveis, atualizadas e confiáveis, respondendo às necessidades dos pacientes (ZEHNDER et al., 2004).

Quanto à instalação física, de acordo com normas de padronização para a realização da AtenFar, está previsto um ambiente privativo, em termos de espaço e privacidade, sendo tais aspectos referidos na literatura como facilitadores em potencial ao serviço de AtenFar (ROBERTS et al., 2008; MOBACH, 2005).



Figura 2: Parte da estrutura física da sala de Atenção Farmacêutica

Somada à privacidade do ambiente, destaca-se a importância da atmosfera do atendimento (MOBACH, 2008), em que a presença de uma mesa redonda facilita a proximidade entre o farmacêutico e paciente, assim como elimina barreiras que podem limitar a confiança necessária à comunicação (ODEDINA et al., 1996).



Figura 3: Parte da estrutura física da sala de Atenção Farmacêutica

Os recursos materiais necessários para a implementação do programa encontram-se listados na Tabela 1.

Tabela 1: Orçamento para implementação de um serviço de AtenFar.

Descrição do item	Quantidade	Custo estimado
Computador completo + roteador	01	R\$ 1.179,00
Impressora multifuncional com impressora, scanner e copiadora	01	R\$ 269,00
Arquivo para armazenamento da documentação dos pacientes e livros	01	R\$ 350,00
Mesa para computador	01	R\$ 180,00
Mesa redonda para atendimento	01	R\$ 228,00
Cadeiras - para o profissional, paciente e acompanhante	04	R\$ 216,00
Computador de mão Palm TX	02	R\$ 2.372,00
Software para Palm Top for Pharmacists (Lexi-comp)	02	R\$ 1.750,00
Estetoscópio e esfigmomanômetro aneróide validado	02	R\$ 900,00
Glicosímetro - lancetas, tiras reagentes e lancetador	01	R\$ 90,00
Balança antropométrica	01	R\$ 1.050,00
Fita antropométrica validada	01	R\$ 68,00
Material bibliográfico: livros de farmacoterapia baseada em evidência; de exames laboratoriais e de semiologia médica; guia de interações medicamentosas e diretrizes clínicas nacionais e internacionais	-	R\$ 1.145,00
Material de escritório: papel A4, fichas para fichário, grampeador, grampo, caneta, agenda	-	R\$ 330,00
Custo Total		R\$ 10.127,00



6. Seleção dos pacientes

Na prática de AtenFar realizada na Farmácia Popular de Aracaju (AGUIAR, 2010, BALISA-ROCHA, 2010), a população-alvo do estudo foi identificada no momento da aquisição de medicamentos anti-hipertensivos e/ou hipoglicemiantes.

Nos dois estudos, os idosos receberam um folder informativo sobre o novo serviço oferecido pela Farmácia Popular de Aracaju, em que foram abordados os seguintes pontos: (a) o que é o serviço, (b) quais os objetivos, (c) como funciona e (d) quem pode participar.

Os pacientes que demonstraram interesse pelo programa tiveram seus nomes e telefones anotados e, a seguir, uma consulta inicial foi agendada. Foi solicitado que os idosos levassem uma sacola com exames recentes e todos os medicamentos que tivessem em casa, mesmo os que não utilizassem mais.



7. Processo do serviço de Atenção Farmacêutica

Inicialmente, o farmacêutico dialoga com o paciente sobre o que é um serviço de AtenFar e esclarece suas principais dúvidas, objetivos e expectativas em relação ao serviço. Para aqueles pacientes elegíveis e que concordarem em participar do serviço, deve-se iniciar o preenchimento da ficha de Avaliação Inicial (Anexo 2). O paciente geralmente não relata as informações de acordo com a sequência proposta pela documentação; assim, é recomendável utilizar uma folha em branco no intuito de anotar possíveis observações que este venha a fornecer de maneira espontânea.

Durante a consulta devem ser registrados dados sociodemográficos (nome, endereço, etc.), clínicos (comorbidades, peso, altura, história médica, revisão dos sistemas) e terapêuticos (experiência e uso de medicamentos), assim como levantados dados referentes ao estilo de vida (dieta, consumo de álcool, fumo, exercício físico, estresse). Nos atendimentos subsequentes, estas informações devem ser atualizadas e o registro das informações pode ser efetuado em folhas em branco no formato SOAP - subjective, objective, assessment, and plan (WEED, 1968).

Além disso, sugere-se disponibilizar aos pacientes um cartão individual (Anexo 3) contendo a marcação do horário e os registros mensais de seus dados clínicos (PA, glicemia capilar, peso e circunferência abdominal), para que estes possam acompanhar a sua própria evolução e informar aos outros profissionais de saúde.

Após efetuar uma adequada avaliação das informações subjetivas e objetivas do paciente, o farmacêutico deve julgar se o paciente apresenta algum tipo de PRM. A identificação, resolução e prevenção de possíveis PRM constituem a essência do processo da AtenFar. Para tanto, o profissional precisa estar atento aos três componentes primários dos PRM:

- ◆ evento indesejável real ou potencial experimentado pelo paciente;
- ◆ terapia medicamentosa envolvida;
- ◆ relação entre o evento indesejável e terapia medicamentosa.

É importante destacar que os PRM podem ocorrer em qualquer fase do processo de seguimento farmacoterapêutico e, portanto, o prontuário do paciente deve ser analisado constantemente. O farmacêutico deve assegurar que o medicamento é o mais indicado, efetivo, seguro e conveniente ao paciente. Em seguida, caso algum problema seja identificado, faz-se necessário efetuar sua classificação em algum dos sete tipos básicos de PRM. Estas categorias definem o conjunto de problemas que podem ser causados por medicamentos e/ou que podem ser resolvidos pela terapia medicamentosa. As duas primeiras categorias estão relacionadas com a INDICAÇÃO. A terceira e quarta categorias com a EFETIVIDADE. A quinta e sexta com a SEGURANÇA. A sétima categoria trata do CUMPRIMENTO do paciente. Esta ordem é importante na medida em que descreve o processo de tomada de decisão racional proposto pelo método Pharmacotherapy Workup (CIPOLLE et al., 2004).

Quadro 1 - Classificação de PRM, segundo Cipolle et al. (2004).

Necessidades farmacoterapêuticas	Categoria de PRM
INDICAÇÃO	1. O paciente usa medicamento desnecessário
	2. O paciente necessita de medicamento adicional
EFETIVIDADE	3. O paciente usa medicamento não efetivo
	4. O paciente usa dose menor que a necessária
SEGURANÇA	5. O paciente apresenta reação adversa a medicamentos
	6. O paciente usa dose alta
CUMPRIMENTO	7. O paciente não adere ao tratamento

PRM 1: O paciente usa medicamento desnecessário

O paciente usa medicamento desnecessário porque não possui uma indicação clínica no momento. As principais causas deste PRM estão listadas em ordem de frequência:



- ◆ farmacoterapia não indicada no momento;
- ◆ uso de dois ou mais medicamentos;
- ◆ terapia não farmacológica mais indicada para a condição;
- ◆ medicamento usado para tratar RAM previsível e prevenível;
- ◆ drogas ilícitas, álcool ou tabaco estão causando o problema.

Ex: A paciente Maria, de 27 anos, após ser submetida a uma cirurgia odontológica, recebeu prescrição do anti-inflamatório diclofenaco potássico 50mg, duas vezes ao dia, por sete dias. Contudo, a paciente faz uso diário desse medicamento há seis semanas e apresenta dor de estômago, visto que não foi esclarecida sobre o tempo de duração do tratamento pelo odontólogo no consultório e pelo farmacêutico na farmácia. Assim, é necessário que o farmacêutico oriente a suspensão imediata do diclofenaco.

PRM 2: O paciente necessita de medicamento adicional

A farmacoterapia é necessária para tratar ou prevenir uma condição clínica, ou desenvolvimento de uma doença. Segue uma lista das causas comuns de PRM que necessitam de tratamentos com medicamentos adicionais:

- ◆ a condição clínica exige o início de uma nova farmacoterapia
- ◆ farmacoterapia preventiva é necessária para reduzir o risco de desenvolver nova condição clínica
- ◆ a condição clínica requer farmacoterapia suplementar para atingir efeitos sinérgicos ou aditivos

Ex: O paciente Dionísio, de 60 anos, foi diagnosticado com HAS há seis meses e desde então foi indicado o uso do captopril 50 mg, duas vezes ao dia (dose máxima). Todavia, apesar de cumprir a farmacoterapia indicada e associá-la a bons hábitos de vida, seus níveis pressóricos não diminuíram. Neste caso, o farmacêutico deve sugerir ao médico que introduza farmacoterapia complementar. Preconiza-se um diurético tiazídico, como a hidroclorotiazida.

PRM 3: O paciente usa medicamento não efetivo

O medicamento não é efetivo para produzir a resposta terapêutica desejada. As principais causas deste PRM são:

- ◆ o fármaco não é o mais eficaz para a indicação a ser tratada
- ◆ a condição clínica é refratária ao medicamento;
- ◆ a forma farmacêutica utilizada é inadequada;
- ◆ o medicamento não é efetivo para tratar o problema de saúde de um paciente específico.

A paciente Laura, 63 anos, tem colesterol alto e há um ano tenta controlar seus níveis lipídicos com sinvastatina, atualmente na dose de 80mg, uma vez ao dia (dose máxima). No entanto, a paciente não está respondendo satisfatoriamente ao tratamento. Por consequência, os níveis de triglicérides permanecem altos. Nesta situação, o farmacêutico deverá sugerir ao médico que substitua a farmacoterapia por outra mais potente, como a atorvastatina 40mg.

PRM 4: O paciente usa dose menor que a necessária

A dose utilizada é baixa para produzir a resposta terapêutica desejada. As causas mais comuns são:

- ◆ a dose é muito baixa para produzir a resposta desejada
- ◆ o intervalo de dosagem é muito grande
- ◆ a interação fármaco-fármaco ou fármaco-alimento
- ◆ a duração da farmacoterapia é muito curta para produzir a resposta desejada

Ex: O paciente Lucas, de 6 anos, foi diagnosticado com asma há dois anos. Na última crise asmática, ao contrário das outras vezes, o salmeterol (25mcg/inalação) não obteve o efeito desejável. Verificou-se, então, que devido à ausência de sua mãe no momento da crise, o medicamento foi administrado por seu pai, o qual não possuía habilidade para o uso da “bombinha inalatória”. Com isto, as doses administradas foram inferiores às doses ideais para o controle de sua asma. É necessário que o farmacêutico oriente-o quanto ao uso correto deste dispositivo inalatório.



PRM 5: O paciente apresenta reação adversa a medicamentos (RAM)

A farmacoterapia está causando uma RAM no paciente. As principais causas são:

- ◆ o medicamento independente da dose utilizada provoca uma reação indesejável
- ◆ o medicamento não é seguro para o paciente
- ◆ interação medicamentosa que é independente da dose;
- ◆ administração muito rápida do medicamento
- ◆ o medicamento provoca uma reação alérgica
- ◆ o medicamento é contraindicado devido a fatores de risco.

Ex: O paciente Antônio, de 65 anos, tem histórico familiar de problemas cardiovasculares. No mês passado foi submetido a um cateterismo, como medida profilática para futuros eventos cardiovasculares e passou a fazer uso de ácido acetilsalicílico 100 mg, uma vez ao dia. Após o início do uso deste medicamento, o paciente passou a apresentar fortes dores abdominais e muita azia. O farmacêutico, ao suspeitar que estes sintomas estão relacionados ao medicamento, deve orientar a suspensão momentânea do medicamento, verificando se os sintomas diminuíram. Caso isto aconteça, o farmacêutico deve encaminhar o paciente ao médico para manejo da farmacoterapia.

PRM 6: O paciente usa mais alta dose que a necessária

A dose é alta para o paciente o que resulta em efeitos indesejáveis. As causas mais comuns são:

- ◆ a dose do medicamento administrado é muito alta
- ◆ duplicidade terapêutica
- ◆ a frequência de dosagem é muito curta
- ◆ a duração do tratamento é muito longa
- ◆ interação medicamentosa em que um dos fármacos potencializa o efeito do outro
- ◆ administração inadequada do medicamento

Ex: A paciente Lourdes, 65 anos, faz uso de captopril 50 mg, duas vezes ao dia, há mais de um ano

na Unidade Básica de Saúde (UBS). Ao comparecer recentemente à consulta de um médico particular, recebeu uma prescrição do medicamento Captopril®, 50 mg, duas vezes ao dia. O médico não orientou Lourdes a parar de tomar os medicamentos que estava usando e, por isto, a mesma continuou a utilizar o captopril, recebido na UBS concomitantemente com o Captopril®. Após uma semana de uso do novo regime terapêutico, Lourdes passou a ter tonturas e fraqueza, como resultado da baixa pressão (90/50mmHg), até que sofreu uma queda e ficou hospitalizada por três dias. Logo, o farmacêutico deve informar a Lourdes que este é um caso de duplicidade terapêutica e que é necessário suspender um dos medicamentos para que o controle da PA seja normalizado e os sintomas desagradáveis desapareçam.


PRM 7: O paciente não adere ao tratamento

O paciente não é capaz ou não está disposto a assumir a farmacoterapia como pretendido, apesar do mesmo ser considerado indicado, efetivo e seguro. As principais causas são:

- ◆ O paciente não compreender as instruções
- ◆ O paciente prefere não tomar o medicamento
- ◆ O paciente se esquecer de tomar o medicamento
- ◆ O medicamento é muito caro para o paciente
- ◆ O paciente não consegue engolir ou autoadministrar o medicamento de forma adequada.
- ◆ O medicamento não está disponível para o paciente

Ex: O oftalmologista receitou timolol gotas, duas vezes ao dia, para o tratamento de glaucoma diagnosticado há seis meses na paciente Araci, de 40 anos. Todavia, a paciente é de origem indígena e acredita que somente plantas medicinais podem trazer de volta a saúde. Por esta razão, Araci se recusou a aderir ao tratamento proposto pelo médico e, desde o último mês, passou a apresentar fortes dores de cabeça, fotofobia e enjoo. Ciente do caso, o farmacêutico deve, respeitando as crenças e a cultura da paciente, sensibilizá-la da necessidade de complementar a terapia a base de plantas com o medicamento prescrito, a fim de controlar os sintomas apresentados.





Fundamentado pelas informações obtidas e documentadas, o plano de cuidado deve ser desenvolvido para cada problema de saúde do paciente que está sendo tratado com farmacoterapia (Anexo 4). Este plano envolve o estabelecimento de metas terapêuticas, a determinação de intervenções apropriadas para alcançar tais metas e resolver e prevenir PRM, além do cronograma para avaliação. Vale lembrar que tudo deve ser dialogado e acordado com o paciente, o que facilita o êxito nas intervenções.

Tais intervenções de cuidados farmacêuticos podem ser centradas em duas questões: educação em saúde e monitoramento dos PRM. O processo de educação visa a estimular o paciente a discutir e refletir sobre situações-problema relativas a condições clínicas (natureza, causas e tratamento), mudanças no estilo de vida (atividade física, reeducação alimentar, etc.) e autogerenciamento dos medicamentos (reações adversas, armazenamento e administração).

A literatura relata que a combinação de informações orais e escritas parece ser mais efetiva durante o processo de educação (JOHNSON; SANDFORD, 2004). Por conseguinte, as instruções também podem ser transmitidas de forma escrita, por folder informativo e/ou cartões da medicação (Anexo 5).



8. Atenção farmacêutica: indicadores de resultado

A avaliação é uma atividade que remonta aos primórdios da humanidade e que é realizada com a finalidade de atribuir um valor a algo. A avaliação dos resultados, em qualquer serviço prestado, é fundamental para mensurar a qualidade deste serviço e serve, portanto, como fator de retroalimentação do sistema de atividades. Os primórdios da avaliação da qualidade no âmbito internacional ocorreram após a 2ª Guerra Mundial, pela necessidade da implantação de sistemas de controle, escassez de recursos, demanda de exigências, entre outros, para a reorganização das empresas e incremento da assistência nas instituições (FELDMAN; CUNHA, 2006).

Ao longo dos últimos anos, algumas ferramentas têm sido utilizadas em busca de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, demonstrando a intenção do setor em avaliar suas limitações e potencialidades, bem como em reunir as condições necessárias para que as mudanças necessárias aconteçam (SILVA, 2003). Dentre as várias abordagens voltadas à melhoria de qualidade, uma das mais utilizadas ainda hoje é a proposta por Donabedian (1980), o Modelo SPO, que preconiza a divisão dos indicadores de qualidade nos serviços de saúde em três eixos construídos com base na teoria de sistemas: estrutura, processos e resultados. O eixo “estrutura” envolve as características estáveis dos serviços de saúde, como instalações, equipamentos, recursos humanos, materiais e financeiros. Os “processos” dizem respeito às interações e procedimentos envolvendo profissionais de saúde e pacientes, e o eixo “resultados” engloba a realização do objetivo de curar, barrar a progressão, restaurar a capacidade funcional, entre outros.

No Brasil têm sido desenvolvidas iniciativas de melhoria da qualidade, tais como o programa de acreditação, a certificação pela ISO, entre outros, expandindo-se em várias áreas profissionais, abrangendo diversos objetivos para a avaliação dos serviços de saúde (FELDMAN; CUNHA, 2006). Entretanto, embora as formas de avaliação de qualidade, especialmente a acreditação, tenham avançado na área de

saúde, marcando mudanças expressivas para a alteração dos indicadores de saúde, os serviços farmacêuticos, não passaram pelo mesmo processo. Ainda que o setor farmacêutico esteja fortemente presente no mundo moderno, sobretudo no ocidente, seu desenvolvimento no campo da qualidade não teve a mesma intensidade da área hospitalar, configurando-se de forma bastante diferente (SILVA, 2003).

No cenário internacional, algumas iniciativas importantes apontaram a necessidade de melhorar a qualidade dos resultados dos serviços no setor farmacêutico. Em 1993, em sua reunião em Tóquio, a FIP declarou a importância do desenvolvimento e da utilização de padrões de qualidade para os serviços farmacêuticos. Esta pode ser identificada como a primeira declaração internacional que fala em estabelecer padrões para medir a qualidade dos serviços farmacêuticos. Neste mesmo encontro, produziu-se também o documento “Boas práticas em farmácias hospitalares e comunitárias” (OMS 1995), que enfatiza a importância do papel do farmacêutico na reorganização dos serviços de saúde, apontando os eixos principais das boas práticas.

Apesar da reconhecida importância da avaliação dos resultados nos serviços de saúde, incluindo os farmacêuticos, as investigações têm sido centradas na estrutura e nos processos de atenção, relegando a segundo plano o impacto sobre os resultados na saúde dos pacientes (GARCIA, 2001). Tal situação está ligada às limitações dos desenhos de pesquisa utilizados e a natureza das intervenções farmacêuticas estudadas, que enfatizam unicamente os resultados associados a resoluções dos PRM (CERULLI, 2001; WESTERLUND; ALMARSDÓTTIR; MELANDER, 1999).

Nesse contexto, ao avaliar a prática farmacêutica, Kozma, Reeder e Schulz (1993) criaram o modelo ECHO (método de resultados clínicos, humanísticos e econômicos), cujo principal objetivo foi oferecer aos farmacêuticos uma alternativa para conhecer melhor e avaliar a qualidade dos resultados de suas intervenções. De acordo com este modelo, os farmacêuticos não deveriam analisar separadamente



os resultados econômicos, clínicos e humanísticos obtidos, mas todos juntos. Tal afirmação ganhou ainda mais força a partir da crescente demanda por intervenções farmacêuticas, tendo em vista a redução dos altos custos da atenção à saúde, apontando que os resultados produzidos pela farmacoterapia em seus aspectos econômicos, clínicos e humanos são importantes para a avaliação da qualidade da intervenção (KOZMA, 1995).

Nesse sentido, dentro dos serviços farmacêuticos, a AtenFar necessita de estudos que demonstrem sua validade, pois a compreensão da prática passa pelo conhecimento do seu impacto sobre o sistema de saúde e sobre o paciente que tem necessidades relacionadas aos medicamentos (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004). Ademais, sendo uma nova área de cuidado ao paciente, muitos profissionais não estão bem familiarizados com esta prática, o que pode ser um problema na hora dos estudos de avaliação, pois poderão ser gerados resultados falso-negativos em função da inadequação do processo de trabalho profissional (LYRA JÚNIOR, 2005). Partindo dessas constatações, sugere-se que um estudo com desenho adequado para medição de impacto dos resultados da AtenFar deve associar os modelos SPO e ECHO (COMITÉ DE CONSENSO, 2002).

Os resultados “clínicos” efetivos estão associados à mortalidade, morbidade (enfermos curados ou controlados), melhora na saúde, entre outros. No caso da AtenFar frente ao paciente ou cidadão, portador de uma doença ou que necessite de prevenção, é mandatório que o tratamento a ser utilizado seja o melhor existente para a situação e desprovido de efeitos adversos maiores, com o objetivo de obter-se desfechos otimizados. Nesse sentido, as evidências a serem utilizadas devem ser aquelas em que os estudos de eficácia e/ou efetividade reduzam a morbimortalidade. Caso isso não seja possível, deve-se utilizar os que racionalmente apontam para essa situação, por meio de efeitos intermediários ou substitutos, como, por exemplo, o controle da PA na hipertensão (CASTRO, 2007).

Baseado nestas condições, na Europa, um estudo multicêntrico avaliou a provisão de AtenFar aos idosos, verificando o aumento na qualidade de vida e a redução dos custos ligados a saúde. Os idosos do

grupo intervenção manifestaram melhor controle da doença e alto nível de satisfação; do mesmo modo, a opinião dos médicos e farmacêuticos foi favorável à AtenFar (BERNSTEN et al., 2001). Na Espanha foi realizada uma nova pesquisa com o método TOM, que buscou comparar os efeitos da AtenFar em pacientes coronarianos em relação ao modelo tradicional, chamada TOMCOR. Os resultados clínicos evidenciaram uma diminuição da taxa anual de novos infartos no grupo de investigação e menor utilização dos serviços de saúde (TOLEDO et al., 2001).

Os estudos disponíveis apontam para uma possível evidência da eficácia dos serviços clínicos farmacêuticos. O grave problema de muitos estudos é a possibilidade de vieses nos experimentos realizados. Portanto, deve-se mudar de uma prática baseada em opinião para uma prática baseada em evidências, sendo necessário realizar pesquisa qualificada para tal. Dentro dos projetos de AtenFar desenvolvidos pelo LEPFS, a avaliação do impacto dos resultados clínicos é feita por meio da aferição de PA, nível de glicemia, IMC e circunferência da cintura.

Já os resultados “humanísticos” estão centrados na qualidade de vida ligada à saúde, satisfação com as intervenções farmacêuticas, entre outros. Enquanto a profissão farmacêutica se move na direção do cuidado direto ao paciente, seu objeto social muda do medicamento para a pessoa e entendemos que essa transição depende de um conhecimento mais voltado para as dimensões humanas da prática profissional, do processo saúde-doença e do uso do medicamento. Assim, avaliar os resultados humanísticos da atenção farmacêutica significa compreender como essa prática transforma as experiências do usuário com sua doença e com seus medicamentos, as vivências dos profissionais farmacêuticos, suas inter-relações com pacientes e outros profissionais, e o contexto da prática farmacêutica. (OLIVEIRA, 2007).

Atualmente, a qualidade de vida, como um dos indicadores humanísticos, é um tema de pesquisa imprescindível na área da saúde, visto que os seus resultados contribuem para avaliar a efetividade do cuidado prestado e para aprovar recursos nas áreas sociais e sanitárias (OKANO et al., 2001). Neste contexto, a qualidade de vida está inserida na essência



da filosofia da AtenFar, fazendo parte do conceito da prática mais difundido em todo o mundo (HEPLER; STRAND, 1990). A definição inicial da atenção farmacêutica diz que essa prática “tem o objetivo de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente”.

A qualidade de vida pode ser mensurada de duas formas; por meio de instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Como os dois instrumentos fornecem informações diferentes, podem ser empregados concomitantemente. Assim, os instrumentos genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos sanitários importantes e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. A escolha dos instrumentos genéricos tem sido feita para estudar grupos de pacientes com diferentes doenças, não se restringindo à população geral (LYRA JÚNIOR, 2005).

Dentro da prática da AtenFar no LEPFS, o instrumento genérico utilizado foi o Medical Outcomes Studies 36 - item Short Form, mais conhecido como SF-36® (Anexo 6). O mesmo foi escolhido devido a sua aplicabilidade em uma grande variedade de doenças, capacidade de prover avaliação geral do estado de saúde, fácil administração e tempo de preenchimento (BILLUPS et al., 2000; OKANO et al., 2001; VIVIAN, 2002). Além de ser confiável e válido na população geral, pode ser usado em pacientes ambulatoriais e com doenças crônicas. O SF-36® foi traduzido e adaptado para o português e tem ênfase nas funções física, mental e social (CICONELLI, 1997).

Na pesquisa citada anteriormente realizada por Toledo et al., foi identificada melhora da qualidade de vida, um aumento do conhecimento sobre os fatores de risco da doença e da satisfação com o serviço como indicadores de resultados humanísticos do estudo (TOLEDO et al., 2001). Nesse sentido, ainda acerca do paradigma humanístico, o comportamento e as crenças dos pacientes têm influência direta na ação individualizada de cada regime farmacoterapêutico. Buscar as contradições no emprego dos medicamentos é algo que não visa a negar suas contribuições para o cotidiano do ser humano, e sim enfrentar as atuais tendências de padronização das ações de saúde (LOPES, 2001). Desse modo, além da avalia-

ção do impacto da AtenFar na qualidade de vida dos pacientes, as alterações podem ser avaliadas a partir do estado de saúde do indivíduo, do seu grau de conhecimento, do seu comportamento e da satisfação ou sentimentos dos usuários com relação ao serviço de saúde. (DONABEDIAN, 1966).


Tendo em vista que a satisfação do paciente é outro importante resultado que reflete o grau de envolvimento do farmacêutico durante o cuidado clínico-humanístico, bem como as percepções e expectativas do paciente durante os atendimentos recebidos, faz parte metodologia sistêmica de AtenFar do LEPFS a utilização de um questionário de satisfação (Anexo 7), aplicado na última consulta do seguimento (CORRER et al., 2009; SINGHAL et al., 2002).

O terceiro indicador de avaliação do impacto da AtenFar diz respeito aos resultados econômicos, quando medidos em termos monetários. Apesar de serem fundamentais para demonstrar a importante redução de gastos associados à prática da AtenFar no que tange à morbimortalidade relacionada a medicamentos, as aplicações dos indicadores econômicos são limitadas, tendo em vista a difícil mensuração do custo das melhoras em saúde. Por isso, podem ser expressos em aperfeiçoamento dos serviços sanitários, tecnologias, medicamentos, entre outros.

Nos EUA, foi estimado que quando farmacêuticos participaram ativamente da revisão das prescrições e da orientação aos idosos quanto ao uso da farmacoterapia, ocorreu uma diminuição dos gastos do sistema de atenção à saúde (ambulatorios e hospitais) com PRM, da ordem de US\$ 3,6 bilhões por ano (ARAÚJO, 2001). Strand et al. (2004) avaliaram o impacto econômico de um serviço de Atenção Farmacêutica no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2003. Foram atendidos nesse período 2.985 usuários, 61% deles possuíam pelo menos um PRM, sendo que 83% mantiveram a patologia sob controle. Devido à atuação do farmacêutico, foi estimada uma redução de US\$ 1.134.162,00 nos custos do tratamento.

Esses dados estimulam investigações farmacoeconômicas voltadas para a realidade brasileira, pois a implementação de programas de AtenFar atendendo grupos maiores de pacientes poderia minimizar gastos desnecessários com internações ou complicações





provocadas pela incidência de PRM, redirecionando os recursos públicos para a melhora da estrutura e dos serviços de saúde, incluindo a expansão do acesso aos medicamentos (LYRA JÚNIOR, 2005).

A avaliação dos resultados, além de prover uma mensuração do impacto das atividades farmacêuticas, serve como uma importante ferramenta administrativa para demonstrar a efetividade das intervenções aos gestores dos sistemas de atenção à saúde. Portanto, é essencial a documentação dos indicadores econômicos, clínicos e humanísticos de forma padronizada antes e durante o processo de cuidado, permitindo, assim, a avaliação do impacto ao final dos serviços (VAN MIL, 1999). A seleção dos indicadores serão diferentes conforme abordagem pretendida; as medidas clínicas e humanísticas provavelmente serão mais significativas para os pacientes, pois demonstram o prognóstico da sua condição clínica. Por outro lado, apesar de também existir interesse nestes indicadores, a abordagem do gestor geralmente tem um foco econômico (McELNAY, 1999).



9. Referências Bibliográficas

- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boas Práticas Farmacêuticas**. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 44, 2009.
- ARAÚJO RC. O papel do farmacêutico na prevenção de problemas relacionados ao uso de medicamentos. Resultados do projeto Fleetwood. **Farmacoterapêutica**, Brasília, n.7, p.63-6, 2001.
- BERNSTEN C et al. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care. **Drugs & Aging**, v.18, n.1, p.63-77, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. LYRA JUNIOR DP. & MARQUES TC (Orgs.). **Relatório do 1º Seminário Internacional para Implementação da Atenção Farmacêutica no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 114 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. LYRA JUNIOR DP (Org). **O Ensino e as pesquisas da Atenção Farmacêutica no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 107 p.
- BILLUPS SJ, MALONE DC, CARTER BL. Relationship between drug therapy noncompliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs. **Pharmacotherapy**, v.20, n.8, p.941-9, 2000.
- BRANDÃO A. FIP: Vocação da Farmácia é orientar paciente. **Pharmácia Brasileira**, n.3, p.27, 1996.
- BRODIE DC, PARISH PA, POSTON JW. Societal needs for drugs and drug related services. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v.44, p.276-8, 1980.
- CASTRO MS, FUCHS FD, SANTOS MC, et al. Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. **American Journal of Hypertension**, v.19, p.528-33, 2006.
- CASTRO MS. Avaliação de Resultados Clínicos e o Impacto para a Saúde do Paciente. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 69-71.
- CERULLI J. The role of the community pharmacist in identifying, preventing and resolving drug-related problems. **Medscape Pharmacists**, New York, v.2, n.2. p.1-5, 2001.
- CICONELLI RM. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36®)”**. 1997. 170 f. Tese (Doutorado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.
- CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw-Hill, 1998.
- CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: Mc Graw Hill, 2000. 352p.
- CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. **Pharmaceutical Care practice: the clinician’s guide**. 2nd ed., New York: Mc Graw Hill, 2004. 394 p.
- COMITÉ DE CONSENSO. Segundo Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. **Ars Farmacéutica**, v.43, n.3-4, p.175-184, 2002.
- COMITÉ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Farmacéutica**, v.48, n.1, p.5-17, 2007.
- DONABEDIAN A. Explorations in quality assessment and monitoring. In: Basic approaches to assessment: structure, process and outcomes. **Ann Arbor: Health Administration Press**. p. 77-125, 1980.
- FAUS MJ. El Programa Dáder. **Pharmaceutical Care-España**, v.2, p.73-4, 2000.
- FELDMAN LB, CUNHA ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.14, p.540-5, 2006.



- FERNÁNDEZ-LLIMÓS F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. **Pharmaceutical Care España**, v.1, p.90-6, 1999.
- FIP, International Pharmaceutical Federation. **The Tokyo declaration: standards for quality of pharmacy services**. The Hague: International Pharmaceutical Federation, 1994.
- FORO. Documento sobre PRM y RNM: conceptos y definiciones. **Farmacéuticos**, v.315, p.28-29, 2006.
- GARCIA AI. Atención farmacéutica, estudios sobre uso de medicamentos y otros. **Revista Española de Salud Pública**, v.75, n.4, p.285-90, 2001.
- GASTELURRUTIA MA, BENRIMOJ SI, CASTRILON CC, et al. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. **Pharmacy World and Science**, v.31, p.32-9, 2009.
- GRAINGER-ROUSSEAU TJ et al. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. **Journal of American Pharmaceutical Association**, v. NS37, n.6, p.647-61, 1997.
- HEPLER CD. The third wave in the pharmaceutical education: the clinical movement. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v.51, p.369-85, 1987.
- HEPLER CD. Unresolved issues in the future of pharmacy. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v.45, p.1071-81, 1988.
- HEPLER CD, STRAND LM. Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v.47, p.533-43, 1990.
- HEPLER CD. Clinical pharmacy, Pharmaceutical Care, and the quality of drug therapy. **Pharmacotherapy**, v.24, n.11, p.1491-500, 2004.
- JARAMILLO NM et al. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos**. Relatório de Oficina de Trabalho. Fortaleza: Organização Pan-americana da Saúde, 2001. 25p.
- JOHNSON A., SANDFORD J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. **Health Education Research**, v.20 n.4, p. 423-9, 2004.
- KOZMA CM, REEDER CE, SCHULZ RM. Economic, clinical and humanistic outcomes: a planning model for pharmacoeconomic research. **Clinical Therapy**, v.15, p.1121-32, 1993.
- KOZMA CM. Outcomes research and pharmacy practice. **Journal of American Pharmaceutical Association**, v.35, n.7, p.35-41, 1995.
- LOPES RGC. **Saúde na velhice: as interpretações e os reflexos no uso do medicamento**. São Paulo: Educ. 2000. 192p.
- LYRA JÚNIOR DP, OLIVEIRA FILHO AD. **Política de farmacovigilância na Atenção Farmacêutica**. In: CONGRESSO CIENTÍFICO BRASILEIRO DOS ESTUDANTES DE FARMÁCIA, 4, 1997, Recife. Caderno de Teses do ENEF do Recife: UFPE, p.30-42, 1997.
- LYRA JÚNIOR DP et al. Atenção Farmacêutica: paradigma da globalização. **Infarma**, v.12, n.11/12, p.76-9, 2000.
- LYRA JÚNIOR DP. **Impacto de um programa de Atenção Farmacêutica, no cuidado de um grupo de idosos atendidos na Unidade Básica Distrital de Saúde Dr. Ítalo Baruffi, Ribeirão Preto (SP)**. 2005. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas)–universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- LYRA JÚNIOR DP, MARCELLINI PS, PELÁ IR. Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hipertension. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.48, n.3, p.451-7, 2008.
- MOBACH MP. The counter and consultation room work explored in the Netherlands. **Pharmacy World and Science**. v.30, p.360-6, 2008.
- MOBACH MP. The transformation of pharmacy concepts into building and organization. **Pharmacy World and Science**. v.27, p.329-38, 2005.
- ODEDINA FT, SEGAL R. Behavioral pharmaceutical care scale for measuring pharmacists' activities. **American Journal of Health-System Pharmacy**. v. 53, p.855-65, 1996.
- OKANO GJ et al. Reduced quality of life in Veterans at risk for drug-related problems. **Pharmacotherapy**. v. 21, n. 9, p. 1123-9, 2001.



- OLIVEIRA DR. Resultados Humanísticos em Atenção Farmacêutica. In: **O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS**, Brasília, Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, p. 69-71, 2007.
- OLIVEIRA DR, BRUMMEL AR, MILLER DB. Medication Therapy Management: 10 Years of Experience in a Large Integrated Health Care System. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 16, n. 3, p.185-95, 2010.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. **El papel del farmacéutico en el sistema atención de la salud: Declaración de Tokio**. Genebra: OMS, 1993. 37p.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. **El papel del farmacéutico en El sistema de atención de salud**. Washington: Organización Pan-Americana de la Salud; 1995.
- OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2002. 24 p.
- OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Fórum Nacional de Atenção Farmacêutica: termo de referência**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2003. 20p.
- OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **2º Fórum Nacional de Atenção Farmacêutica: termo de referência**. Florianópolis: Organização Pan-Americana da Saúde. 2004. 16p.
- PENNA RP. Pharmaceutical care: pharmacy's mission for the 1990. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v.47, p.543-8, 1990.
- ROBERTS AS, BENRIMOJ SI, CHEN TF et al. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. **The Annals of Pharmacotherapy**. v.42, p.861-8, 2008.
- SILVA RR. **Acreditação de farmácias: a construção de um modelo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, p.41-3, 2003.
- SINGHAL PK. et al. Impact of pharmacists' directive guidance behaviors on patient satisfaction. **Journal of American Pharmaceutical Association**, Washington DC, v. 42, n.3, p.407-12. 2002.
- STRAND LM, CIPOLLE RJ, MORLEY PC. Documenting clinical pharmacist's activities: back to basics. **Drug Intelligence and Clinical Pharmacy**, Cincinnati, v.22, p. 63- 6, 1988.
- STRAND LM et al. Forum Madrid Pharmacists Association/Peters Institute. **The Pharmaceutical Journal**, v. 264, n.7093, p.627-32, 2000.
- STRAND LM et al. The impact of pharmaceutical care practice on practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty five years of experience. **Current Pharmaceutical Design**, v. 10, n. 31, p. 3987-4001, 2004.
- TOLEDO FA, et al. Atención farmacéutica en personas que han sufrido episodios coronarios agudos (estudio TOMCOR). **Revista Española de Salud Pública**, v.75, n.4, p.375-88, 2001.
- VIVIAN EM. Improving pressure control in a pharmacist-managed hypertension clinic. **Pharmacotherapy**. v.12, n.22, p.1533- 40, 2002.
- WESTERLUND T, ALMARSDÓTTIR AB, MELANDER A. Drug-related problems and pharmacy interventions in community practice. **The International Journal of Pharmacy Practice**, v.7, p.40-50, 1999.
- WHO, World Health Organization. **Good Pharmacy Practice: in community and hospital settings**. Geneva: World Health Organization, 1996. 10p.
- WHO, World Health Organization. **The role of the pharmacist in the health care system: preparing the future pharmacist**. Vancouver: World Health Organization, 1997. 51p.
- WHO, World Health Organization. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication**. The Hague: World Health Organization, 1998. 11p.
- ZARDAÍN E, DEL VALLE MO, LOZA MI et al. Psychosocial and behavioural determinants of the implementation of Pharmaceutical Care in Spain. **Pharmacy World and Science**, v.31, p.174-82, 2009.
- ZEHNDER S, BEUTLER M, BRUPPACHER R et al. Needs and use of drug information sources in community pharmacies: a questionnaire based survey in German-speaking Switzerland. **Pharmacy World and Science**, v.26, p. 197-202, 2004.







.....

ANEXOS

.....



1 - Bibliografia Recomendada

- CIPOLLE RJ, STRAND LM, MORLEY PC. **Pharmaceutical care practice: the clinician's guide**, 2nd ed., New York: Mc Graw Hill; 2004, 394 p.
- DIPIRO JT et al. **Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach**. 5th ed. New York: MacGraw Hill, 2006. 2600p.
- HEPLER C, STRAND L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal Hospital Pharmacy**. v. 47,p.533-43, 1990.
- LACY CF et al. **Lexi-Comp's Drug Information Handbook: A Comprehensive Resource for All Clinicians and Healthcare Professionals**, 18th ed. 2009. 1900p.
- MACHUCA M, FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, FAUS MJ. **Método Dáder. Guia de seguimiento farmacoterapéutico**. Granada: Editora Universidad de Granada, 2003. 47p.
- PEREIRA ML. **Atenção Farmacêutica: implantação passo-a-passo**. Belo Horizonte: Eds. Farmácia Universitária, Faculdade de Farmácia da UFMG,
- USP DI vol 1, **United States Pharmacopea Drug Information. Drug Information for the Health Care Professional**. 27th ed. Massachusetts: Rand MacNally. 2007. 3200p.
- WELLS BG. et al. **Manual de Farmacoterapia**. 6ª ed. São Paulo: MacGraw Hill, 2006. 952p.



2- Ficha de Avaliação Inicial do Método PWDT (CIPOLLE et al.,2004)

Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

Contato/Informações		Avaliação Inicial				
		Nome			Data	
		Endereço				
		Cidade			Estado	CEP
		Tel (residência)	Celular	Trabalho	E-mail	
		Médico/especialidade			Telefone	
		Médico/especialidade			Telefone	
		Médico/especialidade			Telefone	
		Médico/especialidade			Telefone	

Dados demográficos		Data de nascimento		Gênero			
		Peso		Altura	IMC		
		Ocupação		Escolaridade			
		Moradia/Família					
		Plano de Saúde e onde adquire seus medicamentos					

Razão do encontro:



Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

Experiência com Medicamentos	O que o paciente deseja/espera do seu tratamento medicamentoso?	Necessidade de atenção	
		S	N
	Descrever quaisquer preocupações que o paciente tem sobre sua farmacoterapia	Necessidade de atenção	
		S	N
	Qual é o grau de entendimento do paciente sobre sua farmacoterapia?	Necessidade de atenção	
		S	N
	Informação cultural, étnico-religiosa e genética que pode influenciar a farmacoterapia.	Necessidade de atenção	
		S	N
	Descrever o comportamento do paciente relacionado à farmacoterapia	Necessidade de atenção	
		S	N
	Conclusão: O que deve ser incorporado ao plano?		

Alertas	ALERGIA à medicamentos e outros.
	REAÇÕES ADVERSAS à medicamentos no passado.
	Outros alertas/ necessidades especiais (visão/ audição/ mobilidade/ alfabetização/ deficiência física ou mental).



Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

Medicamento	Perfil Farmacoterapêutico	
	Medicamento:	Fármaco:
	Problema de saúde:	Início:
	Aspectos de efetividade:	Aspectos de segurança:
	Posol. Usada:	Posol. Prescrita:
	Modo de usar:	Prescritor:

Medicamento	Medicamento:	Fármaco:
Medicamento	Problema de saúde:	Início:
Medicamento	Aspectos de efetividade:	Aspectos de segurança:
Medicamento	Posol. Usada:	Posol. Prescrita:
Medicamento	Modo de usar:	Prescritor:

Medicamento	Medicamento:	Fármaco:
Medicamento	Problema de saúde:	Início:
Medicamento	Aspectos de efetividade:	Aspectos de segurança:
Medicamento	Posol. Usada:	Posol. Prescrita:
Medicamento	Modo de usar:	Prescritor:



Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

Medicamentos Anteriores	Medicamento	Indicação	Resposta	Período

História Médica Progressa (doença grave, hospitalizações, cirurgias, gravidez)

História Familiar

Hábitos de Vida	Substância	História de Uso	Alimentação, atividades físicas, plantas medicinais e vacinação
	Tabaco <input type="checkbox"/> Não faz uso	<input type="checkbox"/> 0-10 cigarros por dia <input type="checkbox"/> 10-20 cigarros por dia <input type="checkbox"/> > 1 maço/dia <input type="checkbox"/> História anterior de uso <input type="checkbox"/> Há quanto tempo parou? ____ <input type="checkbox"/> Tentativa de parar	
	Café <input type="checkbox"/> Não faz uso	<input type="checkbox"/> < 2 xícaras /dia <input type="checkbox"/> 2-6 xícaras/dia <input type="checkbox"/> > 6 xícaras/dia <input type="checkbox"/> História anterior de uso <input type="checkbox"/> Há quanto tempo parou? ____	
	Álcool <input type="checkbox"/> Não faz uso	<input type="checkbox"/> Tipo de bebida: _____ <input type="checkbox"/> < 2 copos/semana <input type="checkbox"/> 2-6 copos/semana <input type="checkbox"/> História anterior ao uso <input type="checkbox"/> Há quanto tempo parou? ____	



Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

Parâmetro clínico	Parâmetro	Valor	Data
	Pressão arterial		
	Glicemia		

Revisão de Sistemas		S/N		S/N		
	Sistema Geral			Perda de apetite	Geniturinário Reprodutivo	Dismenorréia
				Alteração de peso		Incontinência
				Dor		Impotência
				Tonteira (vertigem)		Diminuição do desejo sexual
				Edema		Corrimento vagina/ coceira
	OONB			Alterações visuais	Sintomas Hematopoiéticos	Formação excessiva de hematomas
				Diminuição da audição		Hemorragia
				Zumbido no ouvido		Anemia
				Epistaxe	Musculoesquelético	Dor nas costas
				Rinite alérgica		Artrite (osteo/reumatoide)
				Glaucoma		Tendinites
	Cardiovascular			Hemoptise	Sistema Nervoso	Dor muscular
				Dor no peito		Parestesia
				Hiperlipidemia		Tremor
				Hipertensão		Perda de equilíbrio
	Pulmonar			Infarto do miocárdio	Sistema Nervoso	Depressão
				Asma		Suicídio
				Falta de ar		Ansiedade/ nervosismo
	TGI			Chiado	Pele	Perda de memória
				Queimação		Eczema/ psoríase
				Dor abdominal		Prurido
				Diarréia		Rash
	Sistema Endócrino			Náusea	Doenças Infecciosas	Malária
				Constipação		Sífilis
				Diabetes		HPV
	Urinário			Hipotireodismo	Doenças Infecciosas	Gonorréia
				Sintomas da menopausa		Herpes
			Frequência urinária			



Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

Problemas relacionados aos medicamentos	Problema de saúde e farmacoterapia envolvida	Indicação
		<p>1. Medicamento Desnecessário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não há indicação - Duplicidade terapêutica - Terapia não farmacológica indicada - Uso recreativo de droga <p>2. Precisa medicamento adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condição não tratada - Preventiva/profilática - Sinergismo/potencialização
	Problema de saúde e farmacoterapia envolvida	Efetividade
		<p>3. Medicamento não efetivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicamento mais efetivo disponível - Condição refratária ao medicamento - Forma farmacêutica inapropriada - Não efetivo para a condição <p>4. Dose baixa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose errada - Frequência inapropriada - Interação medicamentosa - Duração inapropriada
	Problema de saúde e farmacoterapia envolvida	Segurança
		<p>5. Reação adversa ao medicamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efeito colateral - Reação alérgica - Idiossincrasia - Contra-indicação - Administração muito rápida <p>6. Dose alta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose incorreta - Frequência inapropriada - Duração inapropriada - Interação medicamentosa - Administração incorreta
	Problema de saúde e farmacoterapia envolvida	Cumprimento
		<p>7. Não adesão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não entende as instruções - Paciente prefere não tomar - Paciente esquece de tomar - Produto muito caro - Não consegue engolir ou administrar - Produto não disponível no mercado



3 - Modelo de Cartão Individual

Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

	Data	Pressão arterial	Glicemia	IMC	Circ. abdominal
Acompanhamento de Parâmetros Clínicos					

Exames complementares





4 - Modelo de Plano de Cuidado

Prontuário: _____ Data: ____/____/____

3° ATENDIMENTO: PLANO DE CUIDADO

METAS:

05° atendimento: _____

07° atendimento: _____

09° atendimento: _____

Meta final: _____

PROBLEMAS RELACIONADOS AO MEDICAMENTO A SEREM RESOLVIDOS:

Problema de saúde: _____ Medicamento: _____ Possível PRM: _____

Alternativas:

1. _____

2. _____

Problema de saúde: _____ Medicamento: _____ Possível PRM: _____

Alternativas:

1. _____

2. _____

Problema de saúde: _____ Medicamento: _____ Possível PRM: _____

Alternativas:

1. _____

2. _____

PLANO FARMACOTERAPÊUTICO:

Medicamento	Intervenção


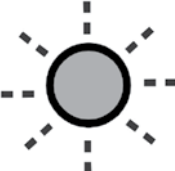

Observações/Tema gerador: _____



5 - Modelo de Cartão de Medicação

Prontuário: _____ Data: ___/___/___

TABELA DE HORÁRIO DOS MEDICAMENTOS

Período	Horário	Medicamento	Quantidade	Como você deve tomar			
				Água	Leite	Suco	Outro
Manhã 							
Tarde 							
Noite 							



6 - INSTRUMENTO GENÉRICO DE QUALIDADE DE VIDA, SF-36® (CICONELLI, 1997)

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2. **Comparando há um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido à saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta um pouco.	Não. Não dificulta de algum modo.
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d. Subir vários lances de escada.	1	2	3
e. Subir um lance de escada.	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g. Andar mais de um quilômetro.	1	2	3
h. Andar vários quarteirões .	1	2	3
i. Andar um quarteirão .	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3



4. Durante as **últimas quatro (04) semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência da sua saúde física**?

	SIM	NÃO
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades.	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra?)	1	2

5. Durante as **últimas quatro (04) semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)**?

	SIM	NÃO
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades.	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas quatro (04) semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas quatro semanas**?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as **últimas quatro (04) semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas quatro semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação **às últimas quatro semanas**.

	Todo tempo	A maior parte tempo	Uma boa parte tempo	Alguma parte tempo	Uma pequena parte tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas quatro (04) semanas**, quanto ao seu tempo, a **sua saúde física ou problemas emocionais** interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5



11.0 quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a. Costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Tempo: _____



7 - QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS DA FARMÁCIA (Correr et al., 2009)

Como você classificaria:

1. A aparência profissional da farmácia?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

2. A disponibilidade do farmacêutico em responder suas perguntas?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

3. A relação profissional do farmacêutico com você?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

4. A habilidade do farmacêutico em avisá-lo sobre problemas que você poderia ter com seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

5. A prontidão no atendimento da sua receita?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

6. O profissionalismo dos funcionários da farmácia?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

7. A explicação do farmacêutico sobre a ação dos seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

8. O interesse do farmacêutico pela sua saúde?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5



9. A ajuda do farmacêutico no uso dos seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

10. O empenho do farmacêutico em resolver os problemas que você tem com seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

11. A responsabilidade que o farmacêutico assume com o seu tratamento?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

12. As orientações do farmacêutico sobre como tomar os seus medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

13. Os serviços da sua farmácia em geral?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

14. As respostas do farmacêutico às suas perguntas?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

15. O empenho do farmacêutico em manter ou melhorar a sua saúde?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

16. A cortesia e respeito demonstradas pelos funcionários da farmácia?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

17. A privacidade nas conversas com o seu farmacêutico?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5



18. O empenho do farmacêutico para assegurar que os seus medicamentos façam o efeito esperado?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

19. A explicação do farmacêutico sobre os possíveis efeitos adversos dos medicamentos?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5

20. O tempo que o farmacêutico oferece para passar com você?

Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Excelente
1	2	3	4	5





CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Farmácia não
é um simples
comércio.**



**Sua vida
não tem
preço.**

Fazer da farmácia estabelecimento de saúde é de interesse público.



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde
REPRESENTAÇÃO NO BRASIL