



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS PESQUISA E EXTENSÃO EM EDUCAÇÃO
PERMANENTE PARA O SUS (NUEPES)
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE

TAINARA SANTOS PEREIRA

**A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO POR
MEIO DA VISITA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE BOM JESUS-PI**

TERESINA
2017

TAINARA SANTOS PEREIRA

**A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO POR
MEIO DA VISITA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE BOM JESUS-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Especialização em Saúde da Família e Comunidade,
como requisito parcial à obtenção do título de
especialista.

Orientadora: Leila Leal Leite

TERESINA
2017

TAINARA SANTOS PEREIRA

**A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO POR
MEIO DA VISITA DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE BOM JESUS-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Especialização em Saúde da Família e Comunidade,
como requisito parcial à obtenção do título de
especialista.

Aprovada em _____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

1º membro da banca–Profª.Esp.Leila Leal Leite

2º membro da banca- Pr. Dr. José Carlos Couras da Silva

3º membro da banca- Prof. Esp. Paulo Leal Pereira

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado força e ânimo quando os pensamentos de desistência se faziam presentes. A minha família, por me ajudarem e compreenderem nos momentos que tive que me ausentar. A tutora pelo empenho, paciência e dedicação. E aos colegas e amigos por tornarem essa jornada mais leve.

RESUMO

O Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica que leva ao aumento da glicose colateralmente a uma deficiência no metabolismo dos carboidratos. A incidência dessa doença vem aumentando nos últimos anos, tornando-se um verdadeiro desafio para a Atenção Primária. Implantar um serviço de Cuidado Farmacêutico por meio da Visita Domiciliar no município de Bom Jesus a ser ofertado aos pacientes idosos com diabetes mellitus em uso de 4 medicamentos ou mais simplificando o regime terapêutico, buscando a conciliação dos medicamentos e identificando reações adversas e interações medicamentosas. As ações serão desenvolvidas durante a VD pelo farmacêutico e o ACS possibilitando a compreensão das diversas dimensões de sua vida. A população do município poderá ter uma nova visão do trabalho do farmacêutico que deixa às questões logísticas e de diagnóstico, para realizar um serviço clínico de qualidade contribuindo para o estabelecimento de laços de confiança e respeito.

Descritores: Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Assistência Farmacêutica. Atenção Farmacêutica.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a metabolic disease that leads to glucose increase collaterally to a deficiency in carbohydrate metabolism. The incidence of this disease has increased in recent years, becoming a real challenge for Primary Care. Implement a Pharmaceutical Care service through the Home Visit in the municipality of Bom Jesus to be offered to elderly patients with diabetes mellitus using 4 or more drugs, simplifying the therapeutic regimen, seeking the conciliation of medications and identifying adverse reactions and drug interactions. The actions will be developed during the VD by the pharmacist and the ACS allowing the understanding of the different dimensions of his life. The population of the municipality can have a new vision of the work of the pharmacist that leaves to the logistical and diagnostic questions, to carry out a quality clinical service contributing to the establishment of bonds of trust and respect.

Descriptores: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AF - Assistência Farmacêutica
APS - Atenção Primária à Saúde
CF - Cuidado Farmacêutico
DM - Diabetes mellitus
HÓRUS - Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
PNAF- Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM - Nacional de Medicamentos
PRM - Problema Relacionado ao Medicamento
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
UFPI - Universidade Federal do Piauí
VD - Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
1.1 OBJETIVOS	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
3. PLANO OPERATIVO	19
4. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO	20
5. CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	28

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica que leva ao aumento da glicose colateralmente a uma deficiência no metabolismo dos carboidratos dificultando o fornecimento de açúcar às células. É um grave problema de saúde pública no mundo, e no Brasil, ela foi responsável por 1,3 milhão de internações hospitalares na rede pública entre os anos de 2008 e 2010 e por até 12 % dos gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) (MARON *et al.*,2016;MALTA *et al.*,2015;ROSA *et al.*,2014).

A incidência dessa doença vem aumentando nos últimos anos em virtude da combinação de diversos fatores, entre eles: alimentação rica em açúcares e gordura e ao sedentarismo. Pesquisas revelam a prevalência de 37 % do diabetes no país entre 2003 e 2008, dados impulsionados, principalmente, pelo uso de medicamentos. Estima-se que os gastos com a mesma podem chegar a 15% do orçamento para a saúde de um país (COSTA *et al.*,2016; DUCAN *et al.*,2012; MALTA *et al.*,2015; MATOZINHOS *et al.*.,2015; ZHANG *et al.*,2010).

A atenção primária como nível organizativo responsável pelas ações de promoção, recuperação e reabilitação tanto individual como coletiva no estado brasileiro tem um verdadeiro desafio nas doenças crônicas, haja vista a complexidade do cuidado que envolve os pacientes portadores das mesmas. As doenças crônicas afetam até mesmo a redução da pobreza e a estabilidade econômica de um país (AZEVEDO *et al.*,2013; DUCAN *et al.*,2012).

No Brasil o protocolo de consulta do Ministério da Saúde para Atenção Básica recomenda a consulta para diabéticos, o que ocasionou o aumento no número de acesso ao diagnóstico e ao cuidado para esse público (BRASIL, 2013; MALTA *et al.*,2015).

No entanto, pesquisas revelam que embora haja dispensação gratuita de medicamentos e isso tenha favorecido o acesso aos medicamentos e insumos para essa condição de saúde e que mulheres são as que procuram com maior frequência os serviços de saúde, ainda existe um grupo de pessoas

que envolvem indivíduos com menor grau de escolaridade que necessitam de maior atenção e cuidado nas estratégias de promoção à saúde (BRASIL, 2014; MALTA *et al.*,2015).

É nesse contexto e na tentativa dos prescritores de evitar hospitalizações e outros agravos que muitas vezes a polifarmácia é instituída e reações adversas, questões socioeconômicas e culturais e, até mesmo, os serviços de saúde agravam ainda mais a patologia (PLASTER *et al.*,2012).

Atualmente os serviços farmacêuticos têm sido ampliados na busca por ações efetivas que visam maior gestão do cuidado do usuário e não apenas o componente técnico logístico do medicamento. São ações endossadas pelo Conselho Federal de Farmácia e pelas novas Políticas Públicas em que o farmacêutico tem acesso ao domicílio identificando acúmulo de medicamentos, automedicação, erros de administração, interações medicamentosas e reações adversas (AZEVEDO *et al.*,2017; FIRMINO *et al.*,2015).

Assim o Cuidado Farmacêutico (CF) surge priorizando as necessidades relacionadas aos medicamentos, haja vista ser o profissional com melhor capacidade para ampliar o acesso e promover o uso racional. É durante as atividades relacionadas ao CF que é possível monitorar os efeitos adversos e estudar possíveis interações fármaco-fármaco e fármaco-nutriente. As ações de cuidado envolvem entrevistas com o paciente para prevenir, identificar e resolver os resultados negativos relacionados à medicação (SILVA, 2015; COSTA *et al.*,2014; PERES e PEREIRA,2015).

Com base nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no município de Bom Jesus, estado do Piauí, a DM é uma condição clínica importante com grande abrangência nesse município associada ou não a outras condições clínicas.

Um estudo realizado por Mourão *et al.* (2013) mostrou que o CF tem eficácia na redução dos níveis de hemoglobina glicada. Na busca por resultados semelhantes há um interesse em relação ao CF nesse grupo em virtude da complexidade do tratamento e da necessidade da inserção do farmacêutico no enfoque multidisciplinar.

1.1 OBJETIVOS

OBJETO GERAL:

Implantar um serviço de Cuidado Farmacêutico (CF) no município de Bom Jesus por meio da Visita Domiciliar (VD) a ser ofertado aos pacientes idosos com diabetes mellitus em uso de 4 medicamentos ou mais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Simplificar o regime terapêutico buscando a conciliação dos medicamentos;
- Revisar a farmacoterapia com base nos protocolos clínicos;
- Identificar reações adversas e interações medicamentosas;
- Promover o uso racional de medicamentos a fim de reduzir os níveis de Hemoglobina Glicada dos pacientes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença pandêmica, sendo a quarta doença que mais mata no mundo. Os diabéticos tipo 2 apresentam baixa expectativa de vida em relação aos indivíduos em geral, sendo essa redução em média de 5 a 10 anos (JORGE e ARAÚJO, 2013).

O DM2 é uma doença complexa que exige dos seus portadores maior atenção e cuidado em relação ao seu tratamento e ao estilo de vida, com hábitos mais saudáveis, haja vista que são mais suscetíveis a problemas cardiovasculares que a população em geral (MAZZUCHELLO *et al.*,2016).

Essa patologia crônica e complexa necessita de cuidados contínuos com envolvimento multiprofissional para ideal controle glicêmico e redução de complicações inerentes à fisiopatologia da doença bem como dos custos que são estimados em 3,9 bilhões de dólares ao SUS quando somados o tratamento em geral mais as suas complicações (LADE *et al.*,2016).

A exigência de um acompanhamento integral está relacionada a complicações em virtude do agravamento do quadro, onde há comprometimento da visão que pode evoluir para a cegueira, a insuficiência renal que pode cursar com hemodiálise, neuropatias e amputações de membros. Muitos desses agravos estão intimamente ligados à falta de adesão dos pacientes à prescrição por diferentes fatores que vão desde o acesso a reações adversas produzidas pelos medicamentos (MAZZUCHELLO *et al.*, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pela promoção e prevenção à saúde sendo marcada por elevados números de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis dentre elas o DM2. A APS tem por característica sua composição multidisciplinar com ações pautadas na realidade do indivíduo e em suas singularidades (TOLEDO *et al.*, 2017; BERTACHINI, 2012).

Para Mendes (2012) a APS possui três importantes tarefas a serem cumpridas como instrumentadora dos sistemas de atenção à saúde. A primeira consiste em ser resolutiva nos problemas sensíveis a Atenção Básica ou problemas de saúde mais comuns, coordenadora e ordenadora das referências e contra-referências e por fim responsável pela população adstrita às equipes de cuidados primários.

Além disso, a APS está diretamente relacionada à qualidade de vida e sua promoção. Quando se avalia o bem estar de pacientes com doenças crônicas, em especial o portador de diabetes, observa-se a dificuldade em encontrar parâmetros, pois muito do que se entende por bem estar é subjetivo e o controle glicêmico envolve mudança de estilo de vida que na maioria das vezes vai de encontro às expectativas do paciente levando a uma percepção de qualidade e bem estar diminuídas (AZEVEDO *et al.*,2013).

Embora seja uma condição por fatores modificáveis, o DM2 é um desafio, pois põe em xeque a dificuldade de garantir a integralidade do cuidado pelo SUS, pois o sistema de saúde do Brasil aprendeu desde sua criação, a tratar condições agudas e agudizações de condições crônicas, ou seja, o portador de uma doença crônica que deveria estar com um quadro controlado apresenta uma recaída, no caso do diabetes, uma hiperglicemia. Por apresentarem causas múltiplas os resultados do controle glicêmico de indivíduos portadores de diabetes no Brasil são dramáticos (MENDES, 2012).

O profissional de saúde da atenção primária tem papel importante na promoção da autonomia do cuidado para o enfrentamento das restrições e de reação a essa nova condição. O cuidado multiprofissional pertencente à APS exige processos desverticalizados onde o indivíduo e os profissionais pactuarão os roteiros terapêuticos respeitando as necessidades da condição clínica e as singularidades do indivíduo (JUNGES e BARBIANI, 2012).

O princípio da integralidade é um dos pilares da atenção básica, ela permite olhar o indivíduo como todo levando em consideração as questões culturais, sociais e até mesmo ambientais buscando a promoção, prevenção e recuperação da saúde com baixa tecnologia, haja vista que o processo saúde-

doença envolve entre outros fatores a relação do indivíduo com a sua comunidade extrapolando o campo biológico (SOUSA *et al.*,2012)

A integralidade do cuidado tem se tornado um verdadeiro desafio para gestores e profissionais do SUS. É neste contexto que surge as Redes de Atenção à Saúde e a necessidade da inserção da Assistência Farmacêutica (AF) nesse novo sistema de organização orquestrado pela Atenção Básica (BRASIL, 2015; PRATA *et al.*,2012).

A efetivação do SUS cursou junto com a Política Nacional de Medicamentos (PNM) cujo objetivo era garantir medicamentos com qualidade visando o acesso e o uso racional. Não obstante, seis anos depois, com uma proposta ampla incluindo as práticas farmacêuticas voltadas aos usuários e integradas com a equipe de saúde surge a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2014b).

Historicamente a AF foi limitada a um processo logístico de aquisição e distribuição de medicamentos, paralelo a isso o papel do farmacêutico ganhou significado restrito. No entanto, recentes trabalhos têm demonstrado a importância da humanização da AF como estratégica para garantir o acesso e o uso racional de medicamentos e dar notoriedade ao papel do farmacêutico e suas ações baseadas no usuário e não mais ao medicamento (PRATA *et al.*,2012).

A indústria farmacêutica também foi impactada pelas PNM e PNAF que encorajaram a pesquisa e a produção de medicamentos. No processo de comercialização e marketing o fármaco é apontado como uma solução prática e segura endossando o consumo e a automedicação (KAULING *et al.*,2013).

É notório o empenho do Estado em garantir o acesso a medicamentos são estratégias que envolvem tanto a organização dos repasses, o fortalecimento da produção dos medicamentos genéricos e programas como a Farmácia Popular e as Políticas como a de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (BRASIL,2014b).

Os medicamentos são os recursos de primeira escolha quando o objetivo é tratar uma condição de saúde, à medida que o Brasil tem garantido o acesso regular, outros problemas têm sido levantados: a prescrição ou dispensação inadequadas favorecendo o uso incorreto ou abusivo dos mesmos e comprometimento da saúde (Brasil, 2017).

Outro fator a ser considerado durante a prescrição é o grau de adesão do indivíduo a sua farmacoterapia. Tais fatores estão relacionados à idade e ao sexo bem como ao profissional de saúde, ao tratamento e o número de fármacos prescritos e a patologia (PRATA *et al.*,2012).

Nesse contexto, surge o profissional farmacêutico fazendo a interface entre o acesso e o uso racional garantindo a diminuição da morbi-mortalidade do tempo de internação e retorno melhorando o perfil de segurança da farmacoterapia frente as reações adversas (BRASIL,2017).

O profissional farmacêutico quando inserido nas atividades que visam à educação e o aconselhamento sobre a terapia farmacológica traz benefícios positivos ao tratamento minimizando os problemas relacionados aos medicamentos. Esse aconselhamento pode ser destinado tanto a pacientes quanto a acompanhantes e profissionais envolvidos na terapia (COSTA, 2014).

Os problemas relacionados ao uso medicamentos são geralmente classificados em sete e envolve o problema de indicação, efetividade, segurança e conveniência. Todos devem ser sanados antes que atrapalhem ou piorem a condição clínica do indivíduo (BRASIL, 2017).

Os problemas de indicação envolvem a necessidade de inserção de um novo medicamento ou a retirada pela falta de justificativa ou até mesmo por afetar a terapia. Os problemas de efetividade estão relacionados à quantidade, onde há uma baixa dosagem para a condição clínica, bem como a refratariedade ao fármaco utilizado. Os problemas de segurança são de caráter não intencional ligado a reações adversas ainda que tenham um cunho idiossincrático ou doses muito elevadas por intervalos muito curtos. Já os de conveniência são os de adesão em virtude de diversos fatores que vão desde administração a preferência por não utilizar (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2017).

Um estudo envolvendo agentes comunitários de saúde mostrou que os PRM são comuns e facilmente identificados durante a visita domiciliar (VD). A VD evidenciou que automedicação é um problema comum. A automedicação pode ser definida como a escolha de um determinado medicamento para tratar uma condição percebida, porém sem a prescrição e aval de um profissional de saúde (KAULING *et al.*,2013).

A participação do farmacêutico em uma equipe multidisciplinar é de suma importância haja vista o modelo em rede que deve imperar na APS. As questões logísticas tão importantes não definem muito menos restringem a atuação deste profissional. O medicamento é à base da AF, mas não é o objeto, o objeto são os usuários do sistema de saúde que tiveram acesso e estão em uso de medicamento (BRASIL, 2015a).

O CF tem como foco o acompanhamento do paciente em terapia com medicamento responsabilizando-se juntamente com o paciente para que a prescrição seja seguida devidamente medindo e sanando os riscos inerentes a farmacoterapia prescrita. O CF é reconhecidamente eficaz e eficiente na minimização de agravos (PERES e PEREIRA, 2015).

Assistência domiciliar vem sendo desenvolvida para acompanhar as necessidades de pacientes com doenças crônicas de modo efetivo. A presença do farmacêutico na VD visa observar o indivíduo em sua residência conhecendo e respeitando seus valores e suas singularidades propiciando o uso racional para o indivíduo, sua família e a comunidade (BRASIL, 2017; PERES e PEREIRA, 2015).

A eficácia de um tratamento com uso de fármaco depende de diversos fatores, entre eles o trabalho articulado de profissionais que cuidam diretamente dos usuários. O farmacêutico entra como aquele que dá suporte e monitora o indivíduo. Essa corresponsabilidade durante o tratamento em doenças crônicas diminui custos para o sistema de saúde e melhora na qualidade de vida dos usuários sob supervisão (BRASIL, 2015b).

Um trabalho realizado com hipertensos com visitas mensais durante dez meses sob cuidados farmacêuticos mostrou que durante o acompanhamento

com identificação, intervenções e monitoramento dos PRM resultou em controle de pressão arterial em quase 60 % dos casos avaliados, melhorando a adesão a farmacoterapia (PERES e PEREIRA, 2015).

Em um estudo com pacientes que apresentavam hanseníase o acompanhamento farmacoterapêutico mostrou-se eficiente observando a automedicação como um dos fatores que atrapalhavam a prescrição e a boa evolução do quadro clínico bem como a baixa adesão. O CF permitiu que os PRM fossem diminuídos em 96% dos casos (SILVA, 2015).

A literatura apontou eficácia no cuidado a pacientes insulino dependentes, onde ao serem avaliados foram detectados inúmeros problemas relacionados ao uso de medicamentos, numa proporção de mais de três problemas por pacientes. O principal foi o de conveniência, onde os pacientes abandonaram a farmacoterapia com insulina. Após as ações do CF houve resultados positivos com superação das dificuldades (MARON, 2016).

Estudos recentes com pacientes com DM2, condição complexa que cursa na maioria dos casos com níveis de hemoglobina glicada alta, com fraco controle glicêmico, com um total de 129 indivíduos onde 100 finalizaram a pesquisa mostrou que nos 50 usuários que foram submetidos ao acompanhamento farmacêutico apresentaram redução significativa nos níveis de hemoglobina glicada, glicemia de jejum, colesterol e pressão arterial quando comparados ao grupo que não teve ações do CF. Esses dados sugerem que o farmacêutico ao se desligar das ações logísticas podem contribuir para a qualidade de vida de indivíduos diabéticos e outras condições crônicas que permeiam a APS (MOURÃO *et al.*,2013).

A VD compartilhada ou individual surge como aliada durante a avaliação do usuário, pois durante a consulta em uma Unidade Básica de Saúde alguns aspectos podem não ser avaliados por passarem despercebidos como o armazenamento dos mesmos ou até mesmo o excesso ou ausência de medicamentos. Além de permitir que o profissional farmacêutico possa realizar educação permanente com os agentes comunitários de saúde para que sejam multiplicadores de informações (BRASIL, 2015b).

Durante a visita domiciliar é possível verificar demandas reprimidas que ao se manter no cuidado da logística dos medicamentos elas podem não ser avaliadas. Ações de educação permanente a profissionais como o caso citado acima e pensando em paciente DM2 há a necessidade de avaliar o grau de conhecimento e prática com o uso de insumos como o glicosímetro, o manuseio da seringa em casos de necessidade de uso de insulina (BRASIL, 2017).

Com base no exposto a AF ao ter seu objeto voltado para o usuário e não apenas para o medicamento propiciou ao farmacêutico a possibilidade de ser inserido em rede com ações que visam o acesso e o uso racional de medicamentos na prática clínica (BRASIL, 2015b).

Assim, infere-se que este profissional tem a capacidade de ser eficaz ao ser inserido em uma equipe multidisciplinar e atendendo em domicílio. Dentro desse contexto pode ser uma arma poderosa no controle do DM2 para áreas em que esta condição seja um problema ou que apresentem outras doenças crônicas ou condições em que a polifarmácia não possa ser evitada melhorando a adesão e diminuição dos PRM (SILVA, 2015).

3 PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Pacientes diabéticos do tipo 2 com índices glicêmicos alterados em uso de 4 medicamentos ou mais.	Simplificar o regime terapêutico buscando a conciliação dos medicamentos;	Curto prazo: Melhorar a qualidade das prescrições, aprimorando o manejo clínico de pacientes com diabetes. Minimizar as interações medicamentosas e reações adversas.	As ações serão desenvolvidas durante a VD pelo farmacêutico e o ACS para que haja maior apreensão das diversas dimensões de sua vida: social, trabalho, emocional e familiar.	Farmacêuticos; Nutricionistas; ACS; Enfermeiros; Médicos.
	Revisar a farmacoterapia com base nos protocolos clínicos; Identificar reações adversas e interações medicamentosas;	Médio prazo: Diminuir a glicemia de jejum para < 200 mg/dL. Evitar a automedicação. Proporcionar maior qualidade da atenção prestada aos usuários.	Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia por meio de questionário (ANEXO) para avaliar o grau de adesão ao tratamento e garantir registro já que não haverá prontuário.	
	Promover o uso racional de medicamentos a fim de reduzir os níveis de Hemoglobina Glicada dos pacientes.	Longo prazo: Melhorar os resultados terapêuticos individuais. Minimizar os riscos de hospitalizações e agravamento do quadro de saúde. Aumentar a autonomia sobre o tratamento e promover o autocuidado.	Elaboração de um plano de intervenção com o uso de tecnologias para auxiliar na adesão ao tratamento e ao plano estabelecido. Encaminhar o usuário ao nutricionista caso necessário ou/e para as Práticas Integrativas Complementares em Saúde que são desenvolvidas no município.	

4 PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

No Município de Bom Jesus a VD será implantada com a participação dos farmacêuticos e dos ACS na última semana do mês com periodicidade definida por ficha de avaliação farmacêutica que medirá o grau de adesão e a quantidade de PRM observados.

A revisão da farmacoterapia e a comparação dos protocolos, permite melhorar a qualidade das prescrições e estabelecer porcentagem de receitas contendo itens não padronizados e porcentagem de medicamentos não dispensados. Essa avaliação impactará diretamente na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e na seleção dos medicamentos para o município de Bom Jesus-PI.

O aumento da adesão pode minimizar o agravamento do quadro de saúde do paciente, bem como os problemas cardíacos, renais e neuropáticos que cursam com o agravamento do diabetes. Com o alinhamento das prescrições com a realidade dos indivíduos é possível que os PRM diminuam conseqüentemente o número de internações por reações adversas a medicamentos.

Com a redução das internações é possível diminuir os gastos com as mesmas, haja vista que as internações em níveis de atenção mais elevados são onerosas enquanto a prevenção e a promoção à saúde desenvolvida pela APS tende a ser mais baratos e menos evasivos.

O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) possibilita uma avaliação minuciosa por unidade de saúde dos medicamentos mais dispensados. O reconhecimento dos medicamentos das prescrições favorece na etapa da programação do ciclo da AF, onde os medicamentos mais prescritos devem estar em maior quantidade e devem ser distribuídos para as UBS que mais os dispensam. Isso beneficia o acesso a medicamentos, a compra e o uso racional.

Os gastos com saúde pública, em especial com medicamentos, são sempre uma das principais preocupações das gestões públicas. Ao racionalizar as compras dos mesmos os gastos reduzem tanto em nível municipal quanto em nível estadual. As complicações relativas ao diabetes levam ao sofrimento do indivíduo, ao uso cada vez maior dos serviços do SUS, a procedimentos evasivos com riscos de infecções, aumento do tempo de internação e a morte. Com isso, o CF visa reduzir e melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

6 CONCLUSÃO

A VD como estratégia para implantar um serviço de CF necessita acima de tudo da sensibilidade da gestão e da equipe em que o farmacêutico estará vinculado. Esse serviço é de caráter multidisciplinar que compreende os diversos saberes. Ao comparar uma prescrição com os protocolos clínicos com o objetivo de melhorar a qualidade da prescrição o médico deve estar sensível e aberto para os questionamentos e as possíveis alternativas de mudanças na prescrição inicial quando houver a necessidade.

A literatura aponta que o CF é eficaz na redução de danos à saúde do indivíduo. Partindo do princípio que o diabetes é uma condição grave, porém que pode ser controlado, o CF espera melhorar a qualidade de vida dos polimedicados e que são portadores dessa doença.

A população do município poderá ter uma nova visão do trabalho do farmacêutico que sai detrás de um balcão da farmácia ou da bancada de um laboratório, deixando as questões logísticas e de diagnóstico, para realizar um serviço clínico de qualidade contribuindo para o estabelecimento de laços de confiança e respeito.

A inserção do farmacêutico na área clínica tem se expandido nos últimos anos, a nova formação e a necessidade de um atendimento multidisciplinar permitiu que essa nova atribuição do farmacêutico fosse cada vez mais difundida e tem sido cada vez mais respeitada pelos resultados positivos encontrados. Com isso o papel do farmacêutico na VD com o CF visa acima de tudo a qualidade de vida dos usuários que, ao terem acesso ao medicamento, apresentam respostas inesperadas e negativas ao componente que deveria lhe trazer bem estar.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, ALS; SILVA, RA; TOMASI, E; QUEVEDO, LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio Grande do Sul, v.29, n.9, p.1774-1782, 2013.

AZEVEDO, Maria da Glória Batista de et al . Effectiveness of home pharmaceutical interventions in metabolic syndrome: a randomized controlled rogr. **Braz. J. Pharm. Sci.**São Paulo , v. 53, n. 2, e16089, 2017 .

BERTACHINI, Luciana . A comunicação terapêutica como fator de humanização da Atenção Primária. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.36,n.3.p.507-520, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Diabetes mellitus**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2013 [cited 2015 Jan 21]. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do uso Racional de Medicamentos no Brasil – PNAUM**. Primeiros resultados [Internet]. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2014a[cited 2015 Mar 2].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b. 108 p. : il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 1).**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 1. r. Rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 4 v. 2015 a.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde. 2015 b.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 33 p.

COSTA, E M; RABELO, A R M; LIMA, J G. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** Pernambuco, v.35, n.1, p.81-88, 2014.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública** [online]. São Paulo, v.46, suppl.1, p.126-134, 2012.

FIRMINO, Paulo Yuri Milen et al. Cardiovascular risk rate in hypertensive patients attended in primary health care units: the influence of pharmaceutical care. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 617-627, 2015.

JORGE, L C; ARAÚJO, MSM. Influência da Cirurgia Bariátrica no DM2 e outras comorbidades: revisão de literatura. **Com. Ciências Saúde.** Brasília, v.22, n4, p. 67-72, 2013

JUNGES, JR; BARBIANI, R. Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 397-400, 2012.

KAULING, Greice Peplau et al. Utilização de medicamentos: limites e possibilidades das orientações dos Agentes Comunitários de Saúde às famílias. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v.37, n.1, p.44-55, 2013.

LADE, Carlos Gabriel de et al. Análise de indicadores de saúde de pacientes com diabetes atendidos pelo Centro Hiperdia de Viçosa. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.40, n.3, p.283-292, 2016.

MALTA DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol Serv Saúde.** Brasília, v. 23, n.4, p. 599-608, 2014.

MARON, Cristina dos Anjos; SANTOS, Eli Anderson Dias dos; Silva, Regina Ansaldi da. Atenção farmacêutica a pacientes diabéticos insulino dependentes na estratégia saúde da família em unidades básicas. São Paulo; SMS; 2016. p.2.

MATOZINHOS, Fernanda Penido et al. Distribuição espacial da obesidade em área urbana no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2779-2786, 2015.

MAZZUCHELLO, Francielle Rosso et al. Knowledge, attitudes and adherence to treatment in individuals with hypertension and diabetes mellitus. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.40, n.4, p.418-432, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p .512.

MOURÃO, AO et al. Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil: a randomised controlled progr. **Int J Clin Pharm**. Minas Gerais, v.35, n.1, p.79-86, 2013.

PERES, HA; PEREIRA, LRL. Hipertensão Arterial Resistente: Uma oportunidade para o farmacêutico desenvolver o cuidado farmacêutico. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**. São Paulo, v.36, n.4, p.483-489, 2015.

PLASTER, Camila Pedro et al . Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health progra after a pharmaceutical care rogramo f pharmacotherapy follow-up. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo , v. 48, n. 3, p. 435-446, 2012.

PRATA, Pollyana Borges de Araújo et al. Atenção farmacêutica e a humanização da assistência: lições aprendidas na promoção da adesão de usuários aos cuidados terapêuticos nas condições crônicas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36n.3, p.26-530, 2012.

RIGONI, Cláudia Coelho et al . Pharmacotherapy review: a proposal to improve medication adherence among hypertensive patients. **Braz. J. Pharm. Sci.**, São Paulo , v. 51, n. 4, p. 763-773, 2015 .

ROSA, R; NITA, ME; RACHED, R; DONATO, B; RAHAL, E. Estimated hospitalizations attributable to diabetes mellitus within the public healthcare system in Brazil from 2008 to 2010: study DIAPS 79. **Rev Assoc Med Bras**. São Paulo, v.60, n.3, p. 222-30, 2014.

SILVA, A.S. A importância da farmácia clínica no acompanhamento dos pacientes com hanseníase em uma unidade básica de saúde. **Hansen.Int**. v.40, n.1, p.9-16, 2015.

TOLEDO, Mariana Tâmara Teixeira de. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.41. n.1, p.87-97, 2017.

ZHANG, P et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. Diabetes. **Res Clin Pract**. São Paulo, v.87, n.3, p. 293-301, 2010.

ANEXOS

Ficha de Avaliação Farmacêutica

Número da Área: _____ Data da Visita Domiciliar: _____ ACS: _____

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: [] M [] F

Endereço: _____

Telefone(s): _____ CNS: _____

Nome, telefone ou outro tipo de contato do responsável/cuidador): _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Limitação: [] Cognitiva [] Locomoção [] Visão [] Audição [] Outras: _____

Alergia: _____

Médico(s) do Paciente (se houver): _____

1- Paciente sob terapia medicamentosa:	[] Sim [] Não	2- Sob prescrição médica: [] Sim [] Não
3- Nome genérico do(s) medicamento (s) e concentração:		
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
4- Segue rigorosamente o esquema terapêutico?	[] Sim [] Não	
5- Se não, como usa/Posologia?		
6- Sente alguma dificuldade no uso do medicamento?	<input type="checkbox"/> para engolir <input type="checkbox"/> gosto ruim <input type="checkbox"/> tenho dificuldade na embalagem (abrir) do remédio <input type="checkbox"/> nada	
7- Para tomar o medicamento o que você usa pra engolir ou diluí-lo (ex: suco, leite, água)?		
8- Sente algo estranho quando toma o medicamento?	() Sim () Não	
9- Se sim, o quê?		
10- Costuma esquecer de usar/tomar o medicamento?	() Sim () Não	
11- Se sim na pergunta anterior, o que você faz quando esquece?	<input type="checkbox"/> Toma o medicamento assim que lembra. <input type="checkbox"/> Não toma. <input type="checkbox"/> Espera o tempo da próxima dose.	
12- Sente alguma diferença em caso de esquecimento (tontura, cefaleia, dor de estômago)?	() Sim () Não	
13- Você utiliza algum tratamento não farmacológico?(Ex:loga, acupuntura,dança)	() Sim () Não	
14- Se sim na pergunta anterior, foi orientado para este tratamento?	() Sim () Não	
15- Você sabe qual (is) é (são) a (s) sua (s) Patologia (s)? Detalhar o que você sabe.		

16-Você sabe pra que serve esse(s) medicamento(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17-Se sim, pra quê?	
19-Como adquire seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> compra <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> doação de alguma entidade <input type="checkbox"/> doação de outra pessoa
20- Quando você sente dor toma algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21-Em caso positivo, Qual?	
22- Você utiliza algum tratamento não farmacológico?(Ex:loga, acupuntura,dança)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
23- Se sim na pergunta anterior ,foi orientado para este tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Intervenção Farmacêutica

Quanto à adesão do tratamento, o farmacêutico(a) considera que o paciente:	<input type="checkbox"/> muita adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> pouco adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> adesão regular ao tratamento
Estado geral de saúde do paciente:	Otimo: <input type="checkbox"/> Bom: <input type="checkbox"/> Razoável: <input type="checkbox"/> Debilitado: <input type="checkbox"/>
Há necessidade de acrescentar mais um medicamento ao tratamento farmacológico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual (is)?
Há necessidade de retirar o medicamento do tratamento farmacológico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual (is)?
Há necessidade de substituir o medicamento do tratamento farmacológico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual (is)?
O paciente apenas necessita de intervenção não farmacológica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não .Se sim, qual?
O paciente necessita, concomitantemente, intervenção não farmacológica.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, qual?
Mudança na dosagem/ dia do medicamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual?
Mudança na quantidade de sal por comprimido ou cápsula do medicamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual?
Mudança nos horários de tomada do medicamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual?