



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

THAYSE MARIA BARBOSA SOARES

**IMPLEMENTAÇÃO DE CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE - PB
2022**

THAYSE MARIA BARBOSA SOARES

**IMPLEMENTAÇÃO DE CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação em Farmácia Generalista da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Farmácia Generalista.

Área de concentração: Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Socorro Ramos de Queiroz.

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S676i Soares, Thayse Maria Barbosa.
Implementação de consultório farmacêutico em uma
Unidade Básica de Saúde de Campina Grande-PB
[manuscrito] / Thayse Maria Barbosa Soares. - 2022.
87 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Maria do Socorro Ramos de
Queiroz, Coordenação do Curso de Farmácia - CCBS."

1. Consulta farmacêutica. 2. Acompanhamento
farmacoterapêutico. 3. Unidade Básica de Saúde (UBS). I.
Título

21. ed. CDD 615.4

THAYSE MARIA BARBOSA SOARES

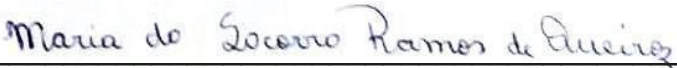
IMPLEMENTAÇÃO DE CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação em Farmácia Generalista da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Farmácia Generalista.

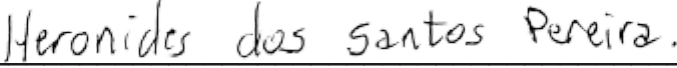
Área de concentração: Assistência Farmacêutica.

Aprovado em: 11/ 11/ 2022.


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr^a. Maria do Socorro Ramos de Queiroz (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Heronides dos Santos Pereira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Letícia Rangel Mayer Chaves
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado forças para chegar até aqui, por eu ter me encontrado nesse curso e por Ele ter colocado pessoas maravilhosas no meu caminho. Sem Ele nada disso seria possível.

Agradeço aos meus pais, Joseilda Barbosa Cabral e José Roberto Soares, por todo apoio e incentivo, por acreditarem, por investirem na minha educação desde os primeiros anos escolares até a graduação.

Às minhas irmãs, Thacyanne e Thyanne, por sempre mostrarem o quanto confiavam em mim e me darem forças para prosseguir. Aos meus familiares, como um todo, por todo incentivo e vibração com cada conquista.

A cada professor que fez parte dessa longa jornada da escola até aqui, que foram extremamente importantes, contribuindo para que eu pudesse alcançar o que sempre sonhei. Muitos me incentivaram, acreditaram, quando nem eu mesma acreditei e me impulsionaram a ser quem sou hoje.

Ao PET Farmácia, por todas as experiências que tive a oportunidade de viver ao longo dessa jornada da graduação, aos companheiros petianos que dividiram esses momentos comigo, e em especial à professora e tutora Maria do Socorro Ramos de Queiroz que me acolheu como aluna da graduação, como voluntária de projeto, depois extensionista, petiana e por fim orientanda. Minha eterna gratidão a ela por todo conhecimento passado, por enriquecer magnificamente minha trajetória acadêmica, por todo carinho e cuidado, por tudo e por tanto.

Aos professores que tanto admiro, Heronides dos Santos e Letícia Mayer Chaves, por terem aceitado o convite de participar da banca, tornando este momento mais especial e por toda contribuição.

Agradeço também à minha turma, Farmácia 2017.2, onde cada um com seu jeitinho fez com que cada momento vivido fosse bastante especial. Aos mais próximos que vivenciaram tudo mais de pertinho comigo desde o princípio, Ana, Cadmo, Erisson, Lucas, Alessandra e Walisson, tornando essa trajetória mais leve e boa de ser vivida. E em especial à Amanda, Juliana e Karina, por terem sido refúgio e suporte em todos os momentos em que precisei. Meu muito obrigada a todos que fizeram parte dessa caminhada incrível.

Aos médicos Matheus Bianchi Nocrato Gomes e Maysa Xavier Gomes Beserra pela parceria e a todos os pacientes do PROCUIDAF.

“A única maneira de fazer um bom trabalho é amando o que você faz.”

Steve Jobs

RESUMO

A realização de consultas farmacêuticas proporciona intervenções mediante a necessidade do paciente, promove educação em saúde e acompanhamento farmacoterapêutico, o que gera melhores resultados no tratamento e ampliação da qualidade de vida, especialmente na Unidade Básica de Saúde (UBS) por ser porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Este trabalho teve como objetivo implementar um consultório farmacêutico em UBS. Consistiu em um estudo observacional longitudinal, de natureza quali-quantitativa que tratou de um relato de experiência da implementação do Consultório Farmacêutico na UBS Bonald Filho, em Campina Grande-PB. Os participantes eram hipertensos e/ou diabéticos integrantes do Programa de Cuidados Farmacêuticos da (PROCUIDAF), ou que foram encaminhados pela equipe multidisciplinar da UBS. Utilizou-se estatística descritiva, com apresentação de frequências simples, absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Por meio das consultas farmacêuticas, 52 pacientes foram atendidos de junho a outubro de 2022, a maioria eram mulheres (69,2%), idosos na faixa dos 70-79 anos (40,38%) e metade apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) isolada (50%), entretanto 32,69% apresentou HAS associada a Diabetes *mellitus* (DM) tipo 2. Mais da metade apresentou sobrepeso (53,8%) e 78,8% a circunferência abdominal alterada, ademais 32,6% enquadraram-se no estágio de pré-hipertensão e 26,9% em hipertensão arterial estágio 1. Na avaliação da farmacoterapia, 78,85% toma os medicamentos sem assistência ou lembretes, 4 pacientes não faziam uso de medicação alguma antes das consultas, 46,15% acondicionam os medicamentos em local inadequado, 15 pacientes apresentaram polifarmácia e 61,54% Resultados Negativos associados ao Medicamento (RNM). Para tanto, foram realizadas intervenções farmacêutico-médico-paciente e 50% das prescrições passaram por ajustes para sanar os problemas referentes aos RNMs. A atuação do farmacêutico mostrou-se fundamental para a conquista da eficácia terapêutica pretendida e para garantia da segurança do paciente no uso da farmacoterapia, atestando a necessidade de ampliação das oportunidades de introdução de consultas farmacêuticas em UBSs tendo em vista os inúmeros benefícios oferecidos aos pacientes e à equipe de saúde no auxílio na logística do atendimento e acompanhamento do usuário do SUS.

Palavras-chave: consulta farmacêutica; acompanhamento farmacoterapêutico, Unidade Básica de Saúde (UBS).

ABSTRACT

The realization of pharmaceutical consultations provides interventions according to the patient's needs, promotes health education and pharmacotherapeutic follow-up, which generates better results in the treatment and expansion of the quality of life, especially in the Basic Health Unit (BHS) as it is the preferred entry point of the Unified Health System (UHS). This work aimed to implement a pharmaceutical office in UBS. It consisted of a longitudinal observational study, of a qualitative and quantitative nature, which dealt with an experience report on the implementation of the Pharmaceutical Clinic at UHS Bonald Filho, in Campina Grande-PB. Participants were hypertensive and/or diabetic members of the Pharmaceutical Care Program (PROCUIDAF), or who were referred by the multidisciplinary team at the UHS. Descriptive statistics were used, presenting simple, absolute and percentage frequencies for categorical variables. Through pharmaceutical consultations, 52 patients were seen from June to October 2022, most were women (69.2%), elderly aged 70-79 years (40.38%) and half had Systemic Arterial Hypertension (SAH) isolated (50%), however 32.69% had SAH associated with Type 2 Diabetes *mellitus* (DM). More than half were overweight (53.8%) and 78.8% had altered abdominal circumference, in addition to 32.6% are in the pre-hypertension stage and 26.9% in stage 1 arterial hypertension. In the evaluation of pharmacotherapy, 78.85% take the medication without assistance or reminders, 4 patients did not use any medication before the appointments, 46.15% pack the drugs in an inappropriate place, 15 patients had polypharmacy and 61.54% Negative Results associated with the Medication (RNM). To this end, pharmacist-physician-patient interventions were carried out and 50% of prescriptions underwent adjustments to remedy problems related to RNMs. The role of the pharmacist proved to be fundamental for achieving the intended therapeutic efficacy and for ensuring patient safety in the use of pharmacotherapy, attesting to the need to expand the opportunities for introducing pharmaceutical consultations in UBSs in view of the numerous benefits offered to patients. and to the health team in helping with the logistics of care and monitoring of SUS users.

Keywords: pharmaceutical consultation; pharmacotherapeutic follow-up; Basic Health Unit (BHS).

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-------------------|---|----|
| FIGURA 1 - | Estrutura operacional das redes de atenção à saúde. | 18 |
| FIGURA 2 - | O método clínico do cuidado farmacêutico ao paciente. | 32 |
| FIGURA 3 - | Classificação dos Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNMs) de acordo com o Terceiro Consenso de Granada. | 43 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------------|---|----|
| TABELA 1 - | Dados demográficos, socioeconômicos e presença de DCNT. | 46 |
| TABELA 2 - | Avaliação dos parâmetros fisiológicos, antropométricos e bioquímicos. | 49 |
| TABELA 3 - | Resultados obtidos da avaliação da farmacoterapia antes e após intervenções. | 51 |
| TABELA 4 - | Classes farmacológicas em uso pelos pacientes assistidos no consultório farmacêutico. | 53 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ABS | Atenção Básica de Saúde |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| AF | Assistência Farmacêutica |
| ALT | Alanina Aminotransferase |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AST | Aspartato Aminotransferase |
| ATFP | Aqui Tem Farmácia Popular |
| CA | Circunferência Abdominal |
| CBAF | Componente Básico da Assistência Farmacêutica |
| CEAF | Componente Especializado da Assistência Farmacêutica |
| CEME | Central de Medicamentos |
| CESAF | Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica |
| CFF | Conselho Federal de Farmácia |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| DM | Diabetes <i>mellitus</i> |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FAB | Farmacêutico da Atenção Básica |
| FPRP | Farmácia Popular Rede Própria |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HDA | Histórico de Doença Atual |
| HS | Histórico Social |
| IAFB | Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica |
| IMC | Índice de Massa Corpórea |
| LAC | Laboratório de Análises Clínicas |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PCDT | Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas |
| PFPB | Programa Farmácia Popular do Brasil |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAF | Política Nacional de Assistência Farmacêutica |
| PNM | Política Nacional de Medicamentos |

| | |
|------------|---|
| PNPMF | Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos |
| PROCUIDAF | Programa de Cuidados Farmacêuticos |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| QP | Queixa Principal |
| QUALIFAR-S | Programa Nacional de Qualificação da Assistência |
| US | Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RDC | Resolução de Diretoria Colegiada |
| REMUME | Relação Municipal de Medicamentos Essenciais |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| RNM | Resultados negativos associados aos medicamentos |
| SFAB | Serviços Farmacêuticos da Atenção Básica |
| SNTP | Saúde Não tem Preço |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UEPB | Universidade Estadual da Paraíba |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 15 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 15 |
| 3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 16 |
| 3.1 | Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) | 16 |
| 3.2 | Redes de Atenção à Saúde | 17 |
| 3.3 | Assistência Farmacêutica no SUS e sua integração nas Redes de Atenção à Saúde | 19 |
| 3.4 | Histórico da Assistência Farmacêutica | 20 |
| 3.5 | O Cuidado Farmacêutico | 26 |
| 3.5.1 | Serviços Clínicos Assistenciais | 28 |
| 3.5.2 | Serviços Técnico Pedagógicos | 29 |
| 3.5.3 | Serviços relacionados à segurança do paciente | 29 |
| 3.5.4 | Gestão do Cuidado Farmacêutico | 30 |
| 3.5.5 | O processo de cuidado farmacêutico ao usuário | 31 |
| 3.6 | Organização do serviço de clínica farmacêutica | 34 |
| 3.6.1 | Legislações que regulamentam as atribuições clínicas do farmacêutico | 34 |
| 3.7 | Consultório Farmacêutico | 37 |
| 4 | MATERIAL E MÉTODOS | 39 |
| 4.1 | Tipo de estudo e população | 39 |
| 4.2 | Implementação do consultório farmacêutico | 39 |
| 4.3 | Avaliação dos parâmetros antropométricos, pressóricos e laboratoriais | 40 |
| 4.4 | Etapas para a realização das consultas farmacêuticas | 41 |
| 4.5 | Avaliação da farmacoterapia | 43 |
| 4.6 | Instrumentos para coleta de dados e formulários necessários no consultório farmacêutico | 44 |
| 4.7 | Procedimento de análise dos dados | 44 |
| 4.8 | Considerações éticas | 44 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 46 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| | REFERÊNCIAS | 56 |
| | APÊNDICES | 63 |
| | APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados e realização da consulta farmacêutica inicial e subsequente. | 64 |
| | APÊNDICE B - Formulário para encaminhamentos. | 68 |
| | APÊNDICE C - Formulário para elaboração de prescrições farmacêuticas de Medicamentos Isentos de Prescrição. | 69 |
| | APÊNDICE D - Formulário para solicitação de exames laboratoriais. | 70 |
| | APÊNDICE E - Folder do Consultório Farmacêutico com orientações a respeito de hábitos de vida saudáveis. | 71 |
| | APÊNDICE F - Tabela para controle de horários de administração de medicamentos e para melhorar a adesão à farmacoterapia pelo paciente. | 73 |
| | ANEXOS | 73 |
| | ANEXO A - Comprovante de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual da Paraíba | 75 |
| | ANEXO B - Declaração de Concordância com o projeto de pesquisa. | 79 |
| | ANEXO C - Termo de compromisso do pesquisador (TCPR). | 80 |
| | ANEXO D - Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivos (TCCDA). | 81 |
| | ANEXO E - Termo de Autorização Institucional para a realização da pesquisa. | 83 |
| | ANEXO F - Termo de Autorização Institucional para uso e Coleta de Dados em Arquivos (TAICDA). | 83 |
| | ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). | 84 |

1 INTRODUÇÃO

A atuação do farmacêutico ultrapassa os ideais de dispensação e aconselhamento. Este profissional pode gerar impacto significativo no que diz respeito à promoção de qualidade de vida do paciente (BRASIL, 2015). O farmacêutico clínico atua tanto no reajuste de terapias para melhor adesão ao tratamento, como no manejo de dislipidemias, Diabetes *mellitus* (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tabagismo, dentre diversos outros problemas de saúde que o paciente possa apresentar, auxiliando os demais profissionais de saúde, por meio do contato direto com o paciente o que favorece efetiva adesão à terapia e conquista dos resultados desejados (SANTOS, 2020).

As terapias medicamentosas podem causar problemas indesejáveis que podem prejudicar o efeito terapêutico pretendido, uma vez que existem diversos fatores que influenciam na manutenção e na recuperação da saúde do paciente que utiliza os medicamentos. Desta forma a orientação acerca do uso adequado do medicamento, assim como outras intervenções farmacêuticas são de extrema importância quando a intenção é obter resultados positivos com a terapia medicamentosa e melhora da qualidade de vida do indivíduo (CORREIA et al, 2017).

A garantia de uma farmacoterapia adequada para o paciente, por intermédio da identificação, resolução e prevenção do surgimento de problemas relacionados ao medicamento, favorece a adesão e reduz riscos de desfechos negativos da terapia medicamentosa por atuação do farmacêutico que certifica cuidado e segurança ao paciente (REIS, 2013). Os problemas relacionados aos medicamentos surgem devido a falta de segurança, a ausência de efetividade, uso sem necessidade que se atrelam ainda a polimedicação, baixa adesão ao tratamento, automedicação, além de erros de prescrição e podem trazer riscos à saúde do paciente, o que torna necessária a intervenção do profissional farmacêutico na prevenção destes problemas (CORREIA et al, 2017).

A introdução de consultas farmacêuticas proporciona um atendimento mais humanizado, garante maior compreensão sobre o uso racional dos medicamentos e gera maior valorização profissional, adesão e eficácia terapêutica (LOPES, 2017). Com a implantação das mesmas, o farmacêutico pode intervir mediante a necessidade do usuário do medicamento, encaminhar aos cuidados médicos,

quando necessário, favorecer práticas de autocuidado, promover educação em saúde, monitorar o paciente, realizar a reconciliação medicamentosa, proporcionando melhores resultados no tratamento e ampliação na qualidade de vida (SANTOS, 2020).

Levando em consideração a necessidade do acompanhamento farmacoterapêutico e dos inúmeros benefícios oferecidos aos pacientes por meio de uma consulta farmacêutica, se faz necessário realizá-la em ambiente adequado, o consultório farmacêutico. No Brasil a implantação desses consultórios na rede privada ainda está em processo inicial, comparados com a estrutura das farmácias americanas, canadenses e algumas europeias (ICTQ, 2017), e quando se trata do Sistema Único de Saúde (SUS) apesar das legislações que aprovaram ainda é inexistente na maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Tendo conhecimento da importância do profissional farmacêutico na avaliação da farmacoterapia e na realização de serviços clínicos, esse projeto teve como objetivo implementar o consultório na rede SUS, no município de Campina Grande-PB, que servirá como projeto piloto para outras UBS, contribuindo assim para a promoção da saúde para que o farmacêutico possa proporcionar ao paciente uma terapia mais efetiva e com menos problemas relacionados aos medicamentos garantindo resultados mais satisfatórios e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos gerais

Implementar um consultório farmacêutico em Unidade Básica de Saúde.

3.2. Objetivos específicos

- Realizar triagem de pacientes que necessitam de serviços clínicos farmacêuticos;
- Registrar dados dos pacientes assistidos pelo serviço oferecido no consultório farmacêutico;
- Efetuar intervenções farmacêuticas de acordo com as necessidades do paciente;
- Orientar sobre o uso racional de medicamentos;
- Promover educação em saúde no monitoramento de suas enfermidades;
- Aconselhar sobre a importância na mudança de hábitos de vida;
- Proporcionar estratégias de autocuidado;
- Realizar encaminhamentos a especialistas e/ou médicos de Estratégias de Saúde da Família quando necessário;
- Elaborar, junto com o paciente, um plano de cuidado.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

No Brasil, nos anos de 1991 e 1994 foram iniciados dois programas, considerados hoje estratégias, que se disseminaram de forma rápida e mudaram a vida e a saúde de muitos brasileiros: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Esses programas foram crescendo e tidos como inspiração para outras ações de Atenção Básica de Saúde (ABS) como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 e reformulada em 2011 e 2017. O documento do Ministério da Saúde que atualmente trata da PNAB é a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017a).

No Brasil, a PNAB considera os termos Atenção Básica de Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde (APS), como termos equivalentes. A ABS/APS refere-se ao conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que abrangem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por meio de uma equipe multiprofissional e direcionadas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Com o objetivo de ser a porta de entrada principal do SUS e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços que são disponibilizados na rede, deve ser ofertada de forma integral e gratuita a todas as pessoas, conforme suas necessidades e demandas, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

Na Saúde da Família, a PNAB tem sua estratégia prioritária para ampliação e consolidação da ABS, mas reconhece outras estratégias para populações específicas, como a população que se encontra em situação de rua, as populações ribeirinhas e reforça a necessidade da integração entre Vigilância em Saúde e ABS.

Segundo a PNAB, devem ser denominados UBS todos os estabelecimentos de saúde que realizem ações e serviços de ABS, no âmbito do SUS.

A ABS/APS com o olhar voltado para a clínica além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, procura entender as situações que ampliam o

risco ou a vulnerabilidade das pessoas. Os problemas ou condições de saúde acontecem em pessoas, não apenas em órgãos ou sistemas de um corpo. O trabalho em equipe é sempre fundamental, assim como trabalhar com todas as diferenças. Desta forma, os trabalhadores da saúde podem e devem escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado de maneira integral em saúde.

Estudos mostram que uma ABS bem estruturada é essencial para a redução da morbimortalidade e reorganização do sistema de saúde, de forma a garantir melhores resultados e menores custos em saúde, reduzindo as internações, atendimentos de emergência e encaminhamentos a serviços especializados (BRASIL, 2020).

3.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Em 30 de dezembro de 2010, foi publicada a Portaria nº 4.279, que estabeleceu diretrizes para organização das RAS, definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, definiu Rede como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011). O Artigo 7º do mesmo Decreto estabeleceu que: “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas [...]” (BRASIL, 2011).

A estruturação e organização das RAS acarreta na definição da região de saúde, ou seja, delimitação dos limites geográficos, da população e das ações e serviços que serão ofertados. Para tanto, os municípios de uma região de saúde precisam estabelecer em conjunto com a gestão estadual quais são as unidades que compõem a rede de acordo com sua forma de atenção-hierarquização e como estão distribuídas no território-regionalização. A ABS/APS deve estar estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, coordenando o cuidado, conhecendo e se responsabilizando pelo atendimento das necessidades de saúde da população, considerando seus atributos essenciais e derivados.

A estrutura operacional da RAS deve ser composta por pontos de atenção à saúde, ou seja, os espaços onde são oferecidos serviços de saúde: a AB/APS – centro de comunicação e pontos de atenção secundária e terciária. Estes pontos se comunicam pelos sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistema de governança (FIGURA 1).

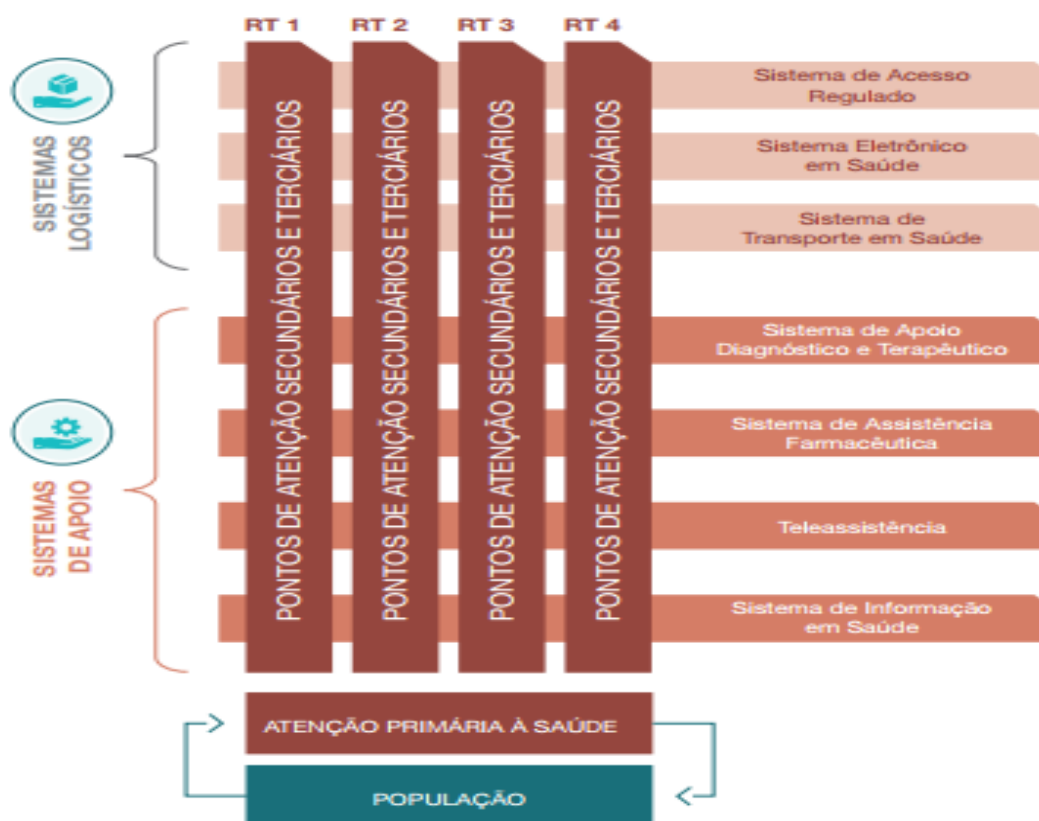


FIGURA 1: Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.
FONTE: MENDES (2011).

Os pontos de atenção à saúde são os locais onde são oferecidos determinados serviços de saúde, podendo ser domicílios, UBS, unidades ambulatoriais especializadas, serviços de hemoterapia e hematologia, centros de apoio psicossocial, residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem comportar diferentes pontos de atenção à saúde como o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a Unidade de Terapia Intensiva, a unidade de hospital-dia, dentre outros. Todos os pontos de atenção à saúde são fundamentais para que se cumpram os propósitos da RAS (BRASIL, 2020).

A ABS/APS tem a viabilidade de atender grande parte das necessidades de saúde da população, no entanto, necessita de Pontos de Atenção Secundários e

Terciários, que são pontos de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Os Sistemas de Apoio abrangem serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São formados pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros) e pelo sistema de assistência farmacêutica.

Os Sistemas Logísticos promovem a integração dos pontos de atenção, tendo como principais: sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, como o Cartão Nacional de Saúde, as centrais de regulação, o prontuário eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

A governança da RAS é considerada como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, especialmente os gestores do SUS, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede (BRASIL, 2020).

Portanto a Assistência Farmacêutica, por compreender um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional está e deve estar presente nos pontos de atenção à saúde, com trabalhadores comprometidos com o SUS e atentos às pessoas que todos os dias apresentam suas necessidades ao sistema (BRASIL, 2020).

3.3 Assistência Farmacêutica no SUS e sua integração nas Redes de Atenção à Saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma política farmacêutica nacional é: [...] um compromisso com um objetivo e uma guia para ação. Expressa e prioriza as metas de médio e longo prazo estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico e identifica as principais estratégias para alcançá-las. Fornece uma estrutura dentro da qual as atividades do setor farmacêutico podem ser coordenadas. Abrange os setores público e privado e envolve todos os protagonistas no âmbito farmacêutico. Ainda para a OMS é um registro formal de aspirações, objetivos, decisões e compromissos de um país que tem como principais objetivos: o acesso a medicamentos que incluem uma disponibilidade equitativa e acessibilidade dos medicamentos essenciais, incluindo a medicina tradicional; a qualidade, inocuidade e eficácia de todos os medicamentos e

a promoção do uso terapêutico, racional e economicamente eficiente, dos medicamentos por parte dos profissionais de saúde e usuários (WHO, 2003).

Vale ressaltar que as metas e os objetivos mais específicos de uma política farmacêutica nacional irão depender da situação de cada país, da política de saúde nacional e das prioridades políticas estabelecidas pelo governo, e que a garantia do acesso a medicamentos essenciais com qualidade e a promoção do seu uso racional ainda caracterizam-se como um desafio para os sistemas de saúde (MARIN, 1999; WHO, 2003).

Para Costa e Tavares (2019), é fundamental conhecer o desenvolvimento das políticas farmacêuticas do nosso país, entre outros aspectos, para identificarmos quais os seus impactos locais no conjunto dos municípios brasileiros e, ainda, para analisarmos quais as perspectivas de aperfeiçoamento na oferta dos serviços farmacêuticos aos usuários do sistema.

3.4 Histórico da Assistência Farmacêutica

O SUS tem suas diretrizes e princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), e através de sua regulamentação pela Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080/1990, foi também assegurada a realização de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, e a formulação da política de medicamentos entre os campos de atuação (BRASIL, 1990).

Embora houvessem as exigências demandadas pela institucionalização do SUS, até o ano de 1997 a Central de Medicamentos (CEME), foi um dos marcos iniciais referente às iniciativas de ações governamentais no âmbito do acesso da população à Assistência Farmacêutica (MARIN et al. 2003). Em 25 de junho de 1971, foi criada a CEME, mediante o Decreto nº 68.806 de junho de 1971, como órgão da Presidência da República, designado para promoção e organização do fornecimento de medicamentos, por preços acessíveis, para consumo da população de baixa renda (BRASIL, 1971). A CEME, em 1973, instituiu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo aprovada apenas em 1985. Foi considerada como uma ação estratégica na implantação de um sistema integral de medicamentos, contudo foi ineficiente como instrumento de referência para a organização dos serviços tendo em vista que não teve a atualização mantida nos anos de 1983 e 1998 ficando sem revisão durante esse período.

A CEME conduzia-se centralizando as ações de aquisição de medicamentos e por essa razão tornava-se ineficiente no atendimento das necessidades da população e do sistema de saúde (SANTOS-PINTO, 2008). Diante disto e da necessidade de readequação da Assistência Farmacêutica ao modelo de descentralização de gestão do SUS, com a ampliação da oferta de medicamentos, principalmente na ABS, a CEME foi extinta em 1997, por meio do Decreto nº 2283 de 24 de julho de 1997 (BRASIL, 1997).

No contexto histórico de desenvolvimento das políticas farmacêuticas, destaca-se a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), através da Portaria MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, apontada como um marco de inclusão da Assistência Farmacêutica como política pública, com metas e finalidades claramente definidas, assim como objetivos e uma gama de atividades condizentes com os princípios constitucionais do direito à saúde (BRASIL, 1998). Apesar de, no decreto de criação da CEME, conter o termo Assistência Farmacêutica, seu escopo de atuação, objetivo e o conjunto de atividades que a compõem não estavam claramente definidos na promulgação da PNM até então. Assim, a reorganização da Assistência Farmacêutica planejada pela PNM correspondeu à proposta de concretização desse serviço integrado ao SUS, condizente com os princípios constitucionais do direito à saúde.

As normas e prioridades determinadas pela PNM trouxeram importantes progressos na regulamentação sanitária, na gestão de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, visando principalmente: garantir a segurança necessária, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, promover o uso racional dos medicamentos e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998).

A PNM definiu Assistência Farmacêutica como: um conjunto de atividades relacionadas ao medicamento e indicadas ao apoio às ações de saúde requeridas pela comunidade. Abrange o fornecimento de medicamentos em todas as etapas a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, a conservação e o controle de qualidade, o monitoramento e a avaliação do uso, o acesso e a disseminação de informações acerca dos medicamentos e a educação contínua dos profissionais da saúde, dos pacientes e da comunidade para garantia do uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

O Ministério da Saúde, em 1999, criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999, considerada um dos marcos da ação da PNM, com o compromisso de “proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária dos produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras” (BRASIL, 1999a).

No que se refere aos medicamentos, a ANVISA ficou responsável pela fiscalização do controle de qualidade durante a fabricação dos medicamentos. Durante este período, seguindo os objetivos e diretrizes da PNM, foi ainda implementada, a Política de Medicamentos Genéricos, através da Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999, com o propósito de ampliar o acesso a medicamentos com garantia de qualidade e preço mais acessível (BRASIL, 1999b).

Nos anos iniciais de desenvolvimento do SUS, a Assistência Farmacêutica caracterizou-se por uma transição entre a extinção da CEME e a efetivação da PNM. Nestes primeiros anos, foi reimpresso o Programa Farmácia Básica, responsável pelo envio de kits de medicamentos para cidades menores, refletindo o perfil centralizador, com questões e críticas semelhantes às observadas anteriormente durante a CEME (BERMUDEZ et al. 2018).

Durante o processo de descentralização da gestão, os municípios passaram a assumir maior responsabilidade na implementação da Assistência Farmacêutica e, mediante a necessidade de garantir que seja eficiente e eficaz, foi implantado o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), através da Portaria MS nº 176 de 8 de março de 1999, representando um grande marco na organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 1999c). Em 2001, foi criado outro incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, através da portaria MS nº 343 de 21 de março, com os mesmos medicamentos do IAFAB, no entanto, direcionada apenas aos municípios que contavam com o PSF (BRASIL, 2001).

Na Primeira Conferência Nacional de Medicamentos, foi aprovada e publicada, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Resolução CNS nº 338 de 6 de maio de 2004, responsável por instituir a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), considerada parte constituinte da Política Nacional de Saúde, com a definição de: conjunto de ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo

essencial, visando o acesso e o uso racional. Com ações que envolvem a pesquisa, a produção e desenvolvimento de medicamentos e insumos, assim como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na intenção de obter resultados concretos e promover qualidade de vida para população (BRASIL, 2004).

Marin et al. (2003) explicaram que as normas e diretrizes da PNAF e da PNM, constituem os elementos da agenda política setorial brasileira e seus princípios e diretrizes estão intimamente relacionados e contribuem para o fortalecimento dos direitos constitucionais devendo ser consideradas como políticas sociais, promovendo um conjunto de benefícios aos usuários do SUS.

O Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), instituído pelo governo federal em 2004, foi outro importante marco na execução das políticas farmacêuticas e tem como objetivo ampliar o acesso a medicamentos básicos e essenciais à população, diminuindo o impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar. A sua implantação foi baseada em três modelos: modalidade Rede Própria (FPRP), através de farmácias estatais que disponibilizavam um rol de produtos a preço de custo de produção ou aquisição, finalizado em 2017; Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) adotando um sistema de copagamento, criado em 2006; e em 2011 o Saúde Não tem Preço (SNTP) que garantiu a isenção de copagamento, em todas as farmácias no âmbito do Programa, disponibilizando gratuitamente medicamentos para tratamento da HAS, DM e asma (BRASIL, 2013-2019).

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) instituída por meio do Decreto nº 5.813 de 22 de Junho de 2006 (BRASIL, 2006), também foi destaque no âmbito das políticas farmacêuticas no Brasil, cujas diretrizes foram detalhadas como ações no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos através da Portaria Interministerial nº 2.960 de 9 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008). A PNPMF apresenta 27 diretrizes voltadas ao acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva bem como da indústria nacional e a educação permanente (BRASIL, 2008).

No processo de efetivação das políticas farmacêuticas, pode-se destacar princípios condizentes com o SUS, centrados na organização da Assistência Farmacêutica regrada na descentralização e na procura de recursos para o acesso a

medicamentos. Com a introdução de novas modalidades e sistemas de aquisição, os entes federados, obtiveram o desafio de incrementar a sua capacidade de gestão e de planejamento (BERMUDEZ et al. 2018).

A Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, trouxe um importante marco na recomposição do financiamento do SUS, dividido em blocos, a criação e um bloco específico para a Assistência Farmacêutica operacionalizado pelos componentes básico, estratégico e especializado, onde as responsabilidades de financiamento e execução entre os entes têm regulamentação por portarias específicas periodicamente atualizadas (BRASIL, 2007). A Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro de 2017, extinguiu os blocos de financiamento, no entanto a organização do acesso ao medicamento na RAS ainda permanece vinculada aos componentes da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2017b).

A relação de medicamentos que são custeados pelos componentes da Assistência Farmacêutica (Componente Básico-CBAF; Componente Estratégico-CESAF; Componente Especializado-CEAF) estão listados na RENAME, que abrange “a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS” (BRASIL, 2011). A RENAME juntamente com o Formulário Terapêutico Nacional (FTN), protocolos clínicos e terapêuticos que compõem a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos, representa a diretriz norteadora para a Assistência Farmacêutica e para o uso racional de medicamentos.

Os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão elaborar junto à Comissão de Farmácia e Terapêutica, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), tendo como orientação os critérios adotados pela RENAME. Também deverão assumir as responsabilidades pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o que foi pactuado nas Comissões Intergestores e ampliar o acesso aos medicamentos de acordo com as necessidades locais.

A organização da Assistência Farmacêutica consiste em ações interligadas e dependentes contribuindo para a integralidade da atenção à saúde. Compreende componentes de natureza científica, técnica e operativa, integrados conforme a complexidade dos serviços, necessidades e finalidades (MARIN et al. 2003). Dessa maneira, é importante compreender como funcionam as estruturas nos diferentes níveis de atenção à saúde para melhor entender como a Assistência Farmacêutica deve estar integrada à RAS.

Estão disponíveis na Assistência Farmacêutica na ABS tanto os medicamentos do CBAF quanto os do CESAF, com prioridade nas farmácias das UBS ou em farmácias públicas do município não integradas fisicamente às UBS (MENDES et al. 2014; BARBOSA et al. 2017). No caso de antirretrovirais e medicamentos do componente especializado, as unidades responsáveis por dispensar esses medicamentos podem estar situadas em outros níveis de complexidade, como hospitais públicos ou centros de especialidades e farmácias estaduais. É válido ressaltar que os medicamentos do CEAF constituem linhas de cuidado preconizadas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e se caracterizam principalmente pelo tratamento de quadros clínicos graves ou condições que exigem atenção contínua, que requerem cuidados de moderada e alta complexidade (LUIZA et al. 2018).

No que se refere a implementação das políticas farmacêuticas, é importante mencionar, a instauração do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), através da Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012, com o objetivo de contribuir para o processo de aperfeiçoamento, efetivação e integração sistêmica dos compromissos da Assistência Farmacêutica às atividades e aos serviços de saúde, com intenção de garantir uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada à população (BRASIL, 2012).

O QUALIFAR-SUS propõe a logística da Assistência Farmacêutica por meio de quatro eixos divididos em ações de estruturação física dos serviços farmacêuticos (Eixo Estrutura); na promoção da educação permanente e da capacitação dos profissionais na lógica das RAS (Eixo Educação); na disponibilização de informações sobre as ações e os serviços da Assistência Farmacêutica praticada no âmbito do SUS (Eixo Informação) e na Elaboração de propostas de inserção da Assistência Farmacêutica (Eixo Cuidado) nas práticas clínicas (BRASIL, 2012).

Com a publicação de 2017, a PNAB considerou dentre as responsabilidades federativas nesse âmbito “desenvolver as ações de Assistência Farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual,

municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2017a).

Dessa maneira a Assistência Farmacêutica (AF), deve compor a RAS por meio de atividades de clínicas nos pontos de atenção à Saúde e como sistema de apoio na intenção de garantir o abastecimento dos medicamentos, nas diferentes unidades funcionais através dos serviços técnico-gerenciais a fim de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, no momento em que ele precisa, com suficiência, regularidade e qualidade (HAOC, 2018).

É possível destacar dois grandes ramos de atuação que compõem a Assistência Farmacêutica e englobam um conjunto de processos que se complementam entre si, com a finalidade de apoiar as ações de saúde demandadas pela rede de atenção. O primeiro relaciona-se às atividades técnico-gerenciais, que compreendem da seleção à distribuição dos medicamentos e estão interligadas à tecnologia de gestão do medicamento, assegurando o acesso aos produtos farmacêuticos, representado por atividades mais previsíveis e repetitivas. O outro envolve as atividades clínico-assistenciais, centrado nas pessoas relacionadas ao Cuidado Farmacêutico (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, o Farmacêutico da Atenção Básica (FAB) é um profissional que deve estar integrado com a RAS, adequando os serviços de farmácia nesse âmbito assistencial. Com a função de melhorar a segurança, efetividade e eficiência do uso de medicamentos à nível individual e coletivo, facilitando a tomada de decisões clínicas dos profissionais e sobre o próprio paciente (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, a concretização efetiva do FAB, diante das necessidades sociais, necessita ser efetivada tendo em vista os benefícios adquiridos por meio dos serviços farmacêuticos aos usuários do medicamento e à equipe da saúde, com foco na farmacoterapia e práticas saudáveis de cuidado com a vida (BRASIL, 2020).

3.5 O Cuidado Farmacêutico

Conforme definido pelo Ministério da Saúde, o Cuidado Farmacêutico é o conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e na resolução de problemas de saúde, além da sua

promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde (BRASIL, 2020).

A dimensão clínico-assistencial envolve um amplo grupo de atividades integradas com a equipe de saúde focadas na promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Tais atividades podem estar relacionadas ao processo de uso de medicamentos, como aconselhamento farmacoterapêutico e revisão da farmacoterapia, ou centradas na avaliação dos resultados do tratamento medicamentoso, conhecidas como atividades cognitivas avançadas, relacionadas à farmacovigilância, à avaliação do estado atual da doença, ao acompanhamento farmacoterapêutico, entre outras (FERNANDES-LLIMÓS, 2004; CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2015; BRASIL, 2020).

A dimensão técnico-pedagógica engloba ações relacionadas à educação em saúde e ao compartilhamento de saberes, no que se refere à promoção do uso adequado e seguro de medicamentos, podendo ser voltadas para os indivíduos e coletividades ou também para outros profissionais de saúde (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020). Ainda pode ser definida como serviços direcionados à produção e aplicação do conhecimento, através da disseminação de informações atualizadas e confiáveis relacionadas à Assistência Farmacêutica e ao uso de medicamentos, com intuito de subsidiar processos formativos, pesquisas e a qualificação da gestão e da prática clínica. Colabora na produção e na sistematização de informações e conhecimentos que contribuam para a tomada de decisões de gestores e de profissionais de saúde (BRASIL, 2020).

Os serviços farmacêuticos constituem-se no conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas) e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade. No âmbito da ABS incorporam múltiplos elementos diferenciais, derivados das características e peculiaridades do âmbito assistencial em que se localiza (BRASIL, 2015):

- O grau de acesso, quer dizer, a acessibilidade assistencial que oferece a indivíduos com um problema de saúde novo, ou um episódio recente de um problema de saúde previamente identificado;

- A longitudinalidade da prestação assistencial se materializa por meio de um trabalho contínuo ao longo do tempo, que reforça o estabelecimento de vínculos entre a população e o local de prestação de serviço de saúde;
- Uma posição estratégica do SUS para fomentar a integralidade da prestação de saúde e a coordenação com outros âmbitos assistenciais, tudo isso com o objetivo de garantir uma adequada continuidade farmacoterapêutica;
- A incorporação do conceito de atenção básica e familiar entre os serviços, que compreende o conhecimento dos fatores familiares e sociais que influenciam no processo saúde-doença;
- A responsabilidade populacional proporciona aos FAB uma visão integrada do uso de medicamentos, assim como o desenvolvimento de políticas populacionais e territoriais no âmbito da Atenção Básica. Para isso, a orientação comunitária dos Serviços Farmacêuticos da Atenção Básica (SFAB) é essencial (BRASIL, 2015).

Os SFAB, como componentes das ações centradas na saúde das pessoas, devem cumprir as diretrizes propostas pela PNAF, assim como as normativas complementares das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2015). É importante ressaltar que necessitam estar integrados a outras ações e serviços de saúde, com vistas a responder adequadamente às necessidades de saúde da população, contemplando desde a dimensão técnico-gerencial, voltada para o planejamento, logística e acesso a medicamentos, como também a clínico-assistencial, com vistas ao alcance de melhores resultados terapêuticos advindos com o uso da farmacoterapia em busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2015).

Para o melhor entendimento o Ministério da Saúde definiu as atribuições do profissional voltadas ao Cuidado Farmacêutico relacionadas as atribuições clínicas, são elas:

3.5.1 Serviços Clínicos Assistenciais

- **Dispensação de medicamentos:** ato de entrega do medicamento pelo farmacêutico ao usuário, cuidador ou responsável, a partir da análise dos aspectos técnicos e legais da prescrição emitida por profissional habilitado, com a

orientação devida quanto ao uso adequado, seguro, conservação e descarte dos medicamentos;

- **Revisão da farmacoterapia:** avaliação pormenorizada dos medicamentos utilizados pelo usuário, com o objetivo de identificar e resolver problemas relacionados à farmacoterapia e contribuir com resultados positivos relacionados aos medicamentos;
- **Monitorização terapêutica de medicamentos:** interpretação de níveis séricos de medicamentos, com a finalidade de identificar doses individualizadas necessárias para o alcance de concentrações plasmáticas efetivas e seguras;
- **Reconciliação medicamentosa:** avaliação e orientação adequada quanto ao uso de medicamentos utilizados pelo usuário, prescritos por profissionais de distintos serviços de saúde da rede, com o objetivo de minimizar discrepâncias não intencionais;
- **Rastreamento em saúde:** identificação precoce de provável doença ou condição de saúde em pessoas assintomáticas ou sob o risco de desenvolvê-la, com a finalidade de encaminhamento para diagnóstico oportuno e adequado;
- **Acompanhamento farmacoterapêutico:** gerenciamento da farmacoterapia e das condições de saúde do usuário, incluindo um método clínico adequado, a partir de encontros sucessivos e estabelecimento de metas terapêuticas, que visam o alcance de melhores resultados associados à farmacoterapia e melhoria da qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2015).

3.5.2 Serviços Técnico Pedagógicos

- **Informação e educação em saúde no âmbito individual:** compartilhamento de informações, diretamente com o usuário ou outro profissional de saúde, relacionadas à farmacoterapia e outros aspectos de saúde, com vistas à obtenção de melhores resultados em saúde e respostas positivas relacionadas à farmacoterapia;

Informação e educação em saúde no âmbito coletivo: compartilhamento de informações diretamente a um grupo de usuários e/ou de profissionais de saúde relacionadas à farmacoterapia e outros aspectos de saúde, com vistas à obtenção de melhores resultados em saúde e respostas positivas relacionadas à farmacoterapia (BRASIL, 2015).

3.5.3 Serviços relacionados à segurança do paciente

- **Prevenção e identificação de erros de medicação:** qualquer evento evitável que potencialmente possa levar ao uso inadequado de medicamento, por meio do mapeamento de riscos e implantação de barreiras para mitigação de possíveis erros relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos;
- **Prevenção, detecção e notificação de eventos adversos relacionados aos medicamentos:** qualquer incidente relacionado a medicamentos que resulte em dano ao paciente;
- **Detecção e notificação de desvio de qualidade de medicamentos:** problemas identificados a partir de alterações organolépticas, físico-químicas ou outras, que possam comprometer a qualidade do medicamento.

3.5.4 Gestão do Cuidado Farmacêutico

- **Organização e monitoramento dos serviços relacionados ao Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica:** elaborar diretrizes técnicas e organizacionais para o funcionamento dos serviços, assim como monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito do Cuidado Farmacêutico na AB;
- **Coordenação de ações relacionadas ao Cuidado Farmacêutico com outros serviços e equipamentos da rede assistencial:** articular junto a outros profissionais ou serviços de saúde nas transições assistenciais, com vistas à coordenação clínica, à continuidade assistencial e ao alcance de melhores resultados relacionados à saúde dos usuários;
- **Participação na elaboração das diretrizes de gestão da clínica, instrumentos de coordenação assistencial e nas linhas de cuidado na rede de atenção à saúde:** incorporar, nas diretrizes de gestão da clínica, instrumentos de coordenação assistencial e linhas de cuidado, considerando as ações e serviços relacionados ao Cuidado Farmacêutico, com vistas à integração, qualificação e contribuição nos processos assistenciais e de atenção à saúde;

- **Participação em comissões ou fóruns voltados para a gestão da clínica e coordenação assistencial de diferentes âmbitos na rede de atenção à saúde:** contribuir com a elaboração de diretrizes para a rede de atenção à saúde nos diversos âmbitos assistenciais, através da participação em grupos de trabalho de gestão da clínica e coordenação assistencial;
- **Apoio a implementação de sistemas de informação e ferramentas de comunicação para a gestão da clínica e coordenação assistencial entre os serviços farmacêuticos:** apoiar a implementação de ferramentas de comunicação entre os serviços farmacêuticos, como sistemas de informação e fluxos de referência e contrarreferência, com vistas ao aprimoramento da gestão da clínica e coordenação assistencial (BRASIL, 2015).

3.5.5 O processo de cuidado farmacêutico ao usuário

Para a realização dessas ações e alcance dos propósitos expostos anteriormente, são conduzidas consultas farmacêuticas com o usuário, em ambiente privado e de forma individual (consultório ou domicílio). Consultas compartilhadas com outros membros da equipe de saúde, como médicos e nutricionistas, por exemplo, também são possíveis. O processo de cuidado ao usuário, desenvolvido pelo farmacêutico a cada consulta, compõe-se de quatro etapas:

- A coleta e organização dos dados do usuário;
- A avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia;
- A pactuação de um plano de cuidado com o usuário;
- O seguimento individual do usuário, quando necessário (CORRER; OTUKI, 2013).

O chamado “método clínico” consiste nas etapas deste processo de cuidado em saúde, aplicadas pelo profissional no atendimento de seus pacientes. A palavra método advém da fusão das palavras gregas *meta* e *hódus*, que significa “caminho”. Assim, no campo do cuidado farmacêutico, o método clínico refere-se às etapas, ao caminho percorrido pelo farmacêutico, a fim de auxiliar o usuário no alcance das metas de seu tratamento.

O processo de cuidado do paciente, conduzido em cada consulta farmacêutica, segue, assim, determinadas etapas que devem ser consistentes a cada consulta, de modo que tanto o usuário quanto a equipe de saúde possam

perceber e compreender o processo de trabalho específico conduzido pelo farmacêutico.

A Figura 2 mostra as etapas do método clínico, aplicadas ao cuidado farmacêutico dos usuários.

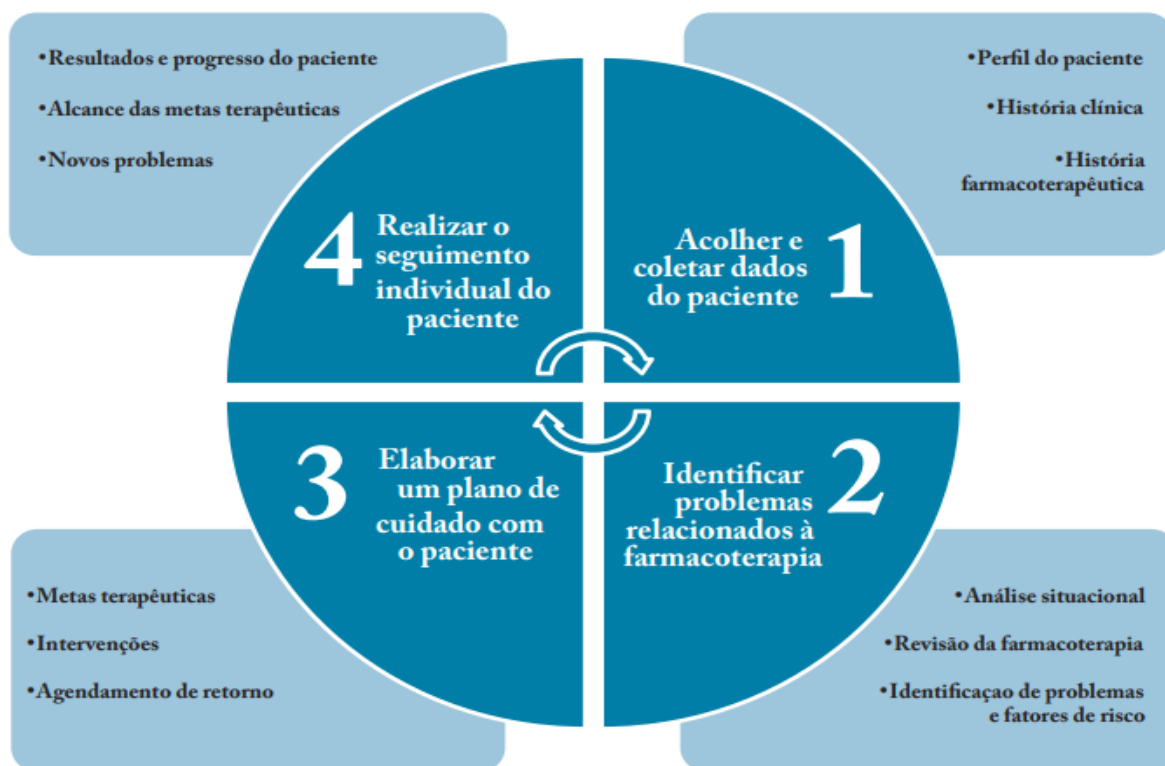


FIGURA 2: O método clínico do cuidado farmacêutico ao paciente.

FONTE: Reproduzido de CORRER; OTUKI (2013).

1. Acolhimento do usuário, coleta e organização de dados: o cuidado farmacêutico tem início com a coleta de dados do paciente. Esta é feita por meio de uma anamnese farmacológica. Além do relato que o próprio usuário faz sobre sua saúde, sobre seus problemas médicos e tratamentos em curso, outras informações podem ser obtidas de familiares e de cuidadores ou de outros profissionais da saúde. São indispensáveis também os dados de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas, entre outros documentos pertencentes ao prontuário clínico do usuário. A entrevista clínica é focada no perfil do usuário, na história clínica e de medicação, bem como na adesão do paciente ao tratamento. O perfil farmacoterapêutico construído deve incluir os medicamentos em uso, as plantas medicinais, o uso pregresso de medicamentos, o histórico de alergias, as reações adversas a medicamentos e a experiência de medicação do usuário (CORRER; OTUKI 2013);

- 2. Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia:** com as informações necessárias sobre o usuário, o farmacêutico deve aplicar um raciocínio clínico sistemático, afim de avaliar e de identificar todos os problemas relacionados à farmacoterapia. Esses problemas podem ocorrer na seleção ou prescrição de medicamentos, na administração e na utilização dos medicamentos pelo usuário, por erros de dispensação ou de dificuldades de acesso, por má qualidade dos produtos farmacêuticos, por falhas de comunicação na transição entre níveis assistenciais, pela ausência de monitoramento adequado, ou, ainda, por características singulares do usuário que aumentam o risco de eventos adversos ou falha terapêutica. O propósito de identificar e resolver esses problemas é ajudar os usuários a atingirem suas metas terapêuticas e a obterem o benefício dos medicamentos. Para que ocorra, o farmacêutico deve ter uma visão ampla do uso do medicamento e dos processos da farmacoterapia. Exige, ainda, uma abordagem integral do usuário, da sua família e de suas relações sociais, e uma postura voltada para o cuidado e não para o produto (CORRER; OTUKI, 2013);
- 3. Delineamento de um plano de cuidado com o usuário:** nesta fase do processo de cuidado farmacêutico, o usuário foi avaliado e todas as informações relevantes foram coletadas. O farmacêutico revisou toda a farmacoterapia e identificou problemas presentes e potenciais e registrou uma lista de problemas a serem resolvidos. O próximo passo será construir um plano de cuidado. O objetivo do plano de cuidado, ou plano de intervenções, é determinar com o usuário como manejar adequadamente seus problemas de saúde, utilizando a farmacoterapia e tudo que deve ser feito para que o plano seja cumprido. Esse plano pode incluir intervenções farmacêuticas, como a reorganização do regime terapêutico, da provisão de materiais, da educação e do aconselhamento ao usuário e do encaminhamento a outros profissionais. Os problemas encontrados, bem como as condutas, são transmitidos ao médico ou à equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) responsável pelo usuário. Caso sejam necessários ajustes na farmacoterapia, o médico prescritor e a equipe poderão também receber um parecer escrito do farmacêutico com recomendações. Aos usuários polimedicados, poderá ser fornecida, ao final da consulta, a lista completa dos medicamentos em uso e as orientações e ações pactuadas, por escrito, finalizando o atendimento. O registro da consulta farmacêutica é feito no

prontuário do usuário na unidade de saúde utilizando sistema de registro de dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano (Soap), e fica disponível a toda a equipe para consulta. O sucesso do plano de cuidado depende, em grande medida, da qualidade da comunicação do farmacêutico com o paciente e com a equipe de saúde e deve ser medido por sua resolutividade, isto é, pelo alcance dos objetivos e das metas terapêuticas (CORRER; OTUKI, 2013);

- 4. Seguimento individual do usuário:** nas consultas de retorno, o farmacêutico tem a possibilidade de verificar as mudanças de comportamento do usuário, mudanças na prescrição médica, nos exames laboratoriais e no relato do usuário sobre seus sintomas e seu estado funcional. Medidas não farmacológicas e regimes farmacológicos específicos são implementados. O plano de cuidado inclui, assim, um prazo determinado para consultas de retorno e a observação clínica de mudanças em sinais, sintomas, exames laboratoriais e na percepção do usuário sobre sua saúde (CORRER; OTUKI, 2013).

3.6 Organização do serviço de clínica farmacêutica

A origem dos usuários para o serviço de clínica farmacêutica pode ocorrer pelos seguintes meios:

- **Busca ativa:** usuários identificados por meio da entrega de medicamentos ou de prontuários, com agendamento das consultas feito diretamente pelos farmacêuticos;
- **Usuários que tiveram alta hospitalar recente:** pode haver identificação e comunicação direta, por parte do farmacêutico hospitalar ao farmacêutico da ABS, de modo que os usuários possam ser identificados e agendados;
- **Encaminhamento via equipe de saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares das farmácias:** o farmacêutico propõe os critérios, discute e capacita as equipes para encaminhamento e os usuários poderão ser agendados diretamente para consulta farmacêutica;
- **Demanda espontânea:** usuários com queixas, que buscam atendimento do farmacêutico, podem ser agendados conforme disponibilidade.

3.6.1 Legislações que regulamentam as atribuições clínicas do farmacêutico

- **A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 44 de 17 de agosto de 2009 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**

A RDC estabeleceu as Boas Práticas Farmacêuticas e dá continuidade a outras legislações que visam manter a integridade do medicamento e dos serviços farmacêuticos, sendo de grande importância para a farmácia comunitária. Sobre os serviços farmacêuticos passíveis de serem prestados em farmácias ou drogarias orienta a perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos e na prestação de serviço de atenção farmacêutica compreende a atenção farmacêutica domiciliar, a aferição de parâmetros fisiológicos e bioquímicos e a administração de medicamentos. 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” (ANVISA, 2009).

- **Resoluções do CFF que antecederam os serviços clínicos farmacêuticos**

De acordo com a Lei nº 3.820 de 11 de novembro de 1960, que cria o Conselho Federal de Farmácia e (CFF) os Conselhos Regionais. O Conselho Federal é um órgão público, autônomo e “[...] destinado a zelar pela fiel observância dos princípios da ética e da disciplina da classe dos que exercem atividades profissionais farmacêuticas no País”. Com base na referida lei, muitas Resoluções expedidas pelo CFF são de interesse para a realização das atividades profissionais pelo farmacêutico na farmácia comunitária (BRASIL, 1960). Ao longo dos anos cada vez mais os serviços clínicos farmacêuticos foram ganhando uma base legal e estímulo, para seu desempenho

Em 1997 o CFF publicou a Resolução nº 308 de 2 de maio de 1997 que dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias. A partir dessa resolução o CFF definiu o conceito de AF como [...] o conjunto de ações e serviços com vista a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação da saúde, nos estabelecimentos públicos e privados que desempenham atividades de projeto, pesquisa, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos (CFF, 1997). Incluindo os serviços que

visam assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção e recuperação da saúde, essa resolução começa a abrir um novo caminho para a prestação de serviços clínicos farmacêuticos em farmácia comunitária. Outros pontos importantes dessa resolução é a destinação de área específica e reservada que permita o diálogo confidencial com o paciente e a prestação pontuada ações em relação ao paciente que cabem ao farmacêutico, tais como: entrevistar o paciente para obtenção do seu perfil medicamentoso, manter cadastros de fichas farmacoterapêuticas que possibilitem a monitorização terapêutica, informar de forma clara sobre o modo de administração dos medicamentos e alertar para possíveis reações adversas, informar sobre interações com alimentos e medicamentos não prescritos e orientar na utilização de medicamentos não prescritos (CFF, 1997).

A Resolução nº 357 de 27 de abril de 2001 dispõe sobre as Boas Práticas de Farmácia aborda vários pontos sobre a atuação do farmacêutico na farmácia comunitária, além de definir alguns termos. Recomendou que o farmacêutico estabeleça os procedimentos para acompanhamento da adesão e do efeito dos tratamentos prescritos. E dispôs sobre o perfil farmacoterapêutico determinando como proceder e quais os objetivos. Foi a primeira resolução a fazer uma abordagem mais detalhada sobre os serviços farmacêuticos regulamentando: aplicação de injetáveis, pequenos curativos, nebulização e/ou inalação, verificação de temperatura e pressão arterial, determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos e colocação de brincos. Além dos serviços na farmácia comunitária, os serviços de AF domiciliar também são regulados por essa resolução.

Todavia, quando a assistência é prestada em equipe multidisciplinar a Resolução nº 386 de 12 de novembro de 2012 determinou quais as atribuições do farmacêutico junto à equipe multidisciplinar (CFF, 2012). A Resolução nº 499 de 17 de dezembro de 2008, dispõe sobre os serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências (CFF, 2008). A resolução restitui e acrescenta aos serviços e definições dados pela Resolução nº 357/2001, além de reservar seção que explica e regula cada serviço individualmente (CFF, 2001). Entre os serviços estão: participação em campanhas de saúde, acompanhamento da terapêutica farmacológica, entre outros (BRASIL, 2008).

- **Resoluções do Conselho Federal de Farmácia nº 585 e 586 de 29 de agosto de 2013 que tratam as atribuições clínicas do farmacêutico**

Com os serviços regulamentados e a farmácia clínica cada vez mais atuante, fez-se necessário definir. A resolução nº 585/2013 que dispõe sobre as atribuições clínicas do farmacêutico tem como objetivos da prática são apontados, cujo interesse é de alta relevância para a saúde da população. Dois artigos na resolução 585 listam as atribuições clínicas do farmacêutico: no artigo 7º são listados as atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, e no artigo 8º, atribuições do farmacêutico relacionadas à comunicação e educação em saúde. De acordo com o artigo 10º “as atribuições dispostas na resolução correspondem aos direitos, responsabilidades e competências do farmacêutico no desenvolvimento das atividades clínicas e na provisão de serviços farmacêuticos” (CFF, 2013a, 2013b). A última resolução lançada, até o momento, pelo CFF em relação ao serviço clínico farmacêutico foi a resolução nº 586/2013, que dispõe sobre a prescrição farmacêutica. A base conceitual desta resolução parte do princípio do atendimento multiprofissional mais intenso à demanda das necessidades na atenção primária em saúde, onde cada profissional age dentro do seu âmbito de acordo com sua capacidade técnica, direitos e deveres. É um marco pois tipifica a atuação do farmacêutico na clínica (CFF, 2013b).

- **Lei Federal nº 13.021 de 8 de agosto de 2014**

A Lei Federal nº 13.021/2014 dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Como lei federal, foi importante por caracterizar a farmácia como estabelecimento de saúde e unidade de prestação de serviços tendo o farmacêutico como seu responsável técnico. Se antes era permitida a prestação de determinados serviços na farmácia, com a nova lei o rol desses serviços foi ampliado podendo o farmacêutico também trabalhar com vacinas e soros de acordo com o perfil epidemiológico da região (BRASIL, 2014).

3.7 Consultório farmacêutico

O consultório farmacêutico é o ambiente de trabalho do farmacêutico para realização do atendimento de pacientes, familiares e cuidadores, com garantia de privacidade. Este, pode funcionar tanto de modo autônomo como parte dependente

de hospitais, ambulatorios, unidades multiprofissionais de atenção à saúde e demais serviços de saúde, no setor público ou privado (CFF, 2013a). Dentro deste local o farmacêutico pode realizar diversas funções como avaliar a prescrição médica, orientar a respeito do uso do medicamento de forma correta, sobre interações e eventuais desconfortos causados pelo medicamento e auxiliar o médico e demais profissionais da saúde em relação ao monitoramento e a evolução do tratamento do paciente (LOPES, 2017).

É dentro deste ambiente que o farmacêutico pode realizar a consulta farmacêutica e fidelizar o serviço com o paciente, proporcionando o vínculo e obtendo resultados positivos no âmbito profissional, na gestão e no paciente, por meio do atendimento às necessidades dos usuários do medicamento de forma integrada, contínua, segura e efetiva, no intuito de obter resultados terapêuticos concretos e promover qualidade de vida (HUSZCZ, 2018). O serviço de farmácia clínica objetiva a promoção de educação em saúde possibilitando aos pacientes condições de melhor compreensão de suas enfermidades e da importância da adesão ao tratamento, promovendo melhoria de resultados. Através da Assistência Farmacêutica vinculada aos demais profissionais nos atendimentos de APS, o conjunto de atividades desenvolvidas conduz e dá suporte ao paciente no cuidado à sua saúde e na observação dos resultados do tratamento (CORREIA et al, 2017).

No consultório farmacêutico as ações clínicas direcionam-se para o cuidado à saúde do paciente e aos resultados desejados com o tratamento, através da prevenção de doenças e outros problemas de saúde (CORREIA et al, 2017). Tais ações são efetuadas com pacientes que podem apresentar diferentes problemas de saúde que requerem acompanhamento de forma contínua, dentre eles, destacam-se o DM e a HAS, tendo em vista que, no geral, essas duas doenças necessitam da utilização contínua de diferentes medicamentos, podendo gerar problemas na adesão ao tratamento e demandam orientações acerca dos hábitos de vida para melhor alcance de resultados. Além dessas duas doenças o acompanhamento dentro do consultório também é sugerido a obesos e tabagistas, assim como auxiliar no autocuidado no caso de problemas de saúde autolimitados na intenção de abrandar ou sanar sintomas que geram desconfortos (resfriado, hemorróidas, tosse entre outros) para melhores resultados terapêuticos e ampliação da qualidade de vida (MELGAREJO, 2019).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo e população

Estudo observacional longitudinal, de natureza quali-quantitativa que tratou de um relato de experiência da implementação do Consultório Farmacêutico na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, localizada no bairro Monte Santo, em Campina Grande-PB. Os participantes eram hipertensos e/ou diabéticos que faziam parte do Programa de Cuidados Farmacêuticos (PROCUIDAF), que é um projeto de extensão da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), ou que foram encaminhados por profissionais da equipe multidisciplinar.

4.2 Implementação do consultório farmacêutico

Para implantar os serviços farmacêuticos clínicos utilizamos o modelo de Moulin, Sabater-Hernández e Benrimoj (2016), que segue as seguintes etapas:

- **Descoberta:** visa promover conhecimento sobre o serviço a ser implantado, bem como estimular o engajamento dos atores envolvidos nesse processo;
- **Exploração:** corresponde ao mapeamento do que existe, e das condições, estrutura, materiais e processos existentes e necessários para que o serviço almejado seja implantado com sucesso;
- **Preparação:** contempla todo o processo de elaboração do que é necessário para que o serviço inicie. Inclui o processo de revisão de literatura, realizada para definição dos melhores instrumentos e processos a serem utilizados, bem como o processo de capacitação da equipe envolvida no trabalho;
- **Teste:** etapa onde o serviço é iniciado. Inclui a avaliação do processo em tempo real, e a observância dos ajustes necessários para possibilitar melhoria constante do serviço.

A Implementação do consultório farmacêutico foi desenvolvida em 6 etapas:

- Elaboração de um instrumento para orientar e sistematizar os atendimentos realizados, que teve como base o Formulário Padronizado para Realização da Consulta Farmacêutica (BRASIL, 2015);
- Reunião com enfermeiros e médicos da UBS Bonald Filho para organização do trabalho e com a chefe do Departamento de Farmácia da UEPB para autorizar a realização de exames laboratoriais e liberar a manipulação do creme de ureia a 10%;
- Realização de exames laboratoriais dos pacientes através da parceria com o Laboratório de Análises Clínicas (LAC) da UEPB;
- Agendamento e realização do primeiro atendimento dos pacientes que tiveram seus casos priorizados e dos demais pacientes, consecutivamente;
- Agendamento do retorno e realização do segundo atendimento com os pacientes, na intenção de avaliar eficácia das intervenções realizadas e da terapêutica pretendida, além do acompanhamento farmacoterapêutico;
- Acompanhamento longitudinal para avaliação/monitoramento do alcance das metas terapêuticas.

4.3 Avaliação dos parâmetros antropométricos, pressóricos e laboratoriais

Os parâmetros avaliados foram:

- **Índice de Massa Corpórea (IMC):** instrumento mais usado para avaliar gordura corporal, por ser de fácil aplicação e baixo custo, bem como, referência padrão para classificação internacional da obesidade associada ao risco de desenvolver doenças. O cálculo se dá a partir da divisão do peso pela estatura elevada ao quadrado. Sendo considerado, para adultos, baixo peso menor que 18,5; peso adequado, de $\geq 18,5$ e < 25 ; sobrepeso, ≥ 25 e < 30 e obesidade ≥ 30 e para idosos baixo peso menor ou igual a 22, peso adequado > 22 e < 27 e sobrepeso ≥ 27 (WHO, 2000). O ideal é que o IMC seja empregado em associação com outros métodos. Para tanto, no intuito de suprir a necessidade da avaliação clínica, o emprego da medida da Cintura Abdominal (CA) com o IMC possibilita a oferta de uma forma combinada de avaliação de risco cardiovascular e, concomitantemente, ajuda a minimizar as limitações de cada uma das avaliações usadas separadamente (ABESO, 2016);

- **Avaliação da circunferência abdominal (CA):** solicita-se ao paciente em posição supina que inspire profundamente. Ao final da expiração deve ser realizada a medida, no maior perímetro abdominal entre a última costela e a crista ilíaca. O ponto de corte para risco cardiovascular aumentado é a medida de CA igual ou superior a 102cm para homens e 88cm para mulheres (ABESO, 2016);
- **Pressão arterial (PA):** foi utilizado um esfigmomanômetro com manguito adequado para circunferência braquial no membro superior esquerdo após 10 minutos na posição sentada, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2021).
- **Dosagem da glicemia capilar casual:** foi utilizada na segunda consulta apenas para os diabéticos cuja determinação foi através do aparelho Test Line (On Call Plus) com lancetas e fitas reagentes;
- **Exames laboratoriais:** hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada (HbA1C), colesterol total e frações, triglicerídeos, aspartato aminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT), ureia, creatinina e sumário de urina. Os exames laboratoriais são responsáveis por oferecer dados que são utilizados para auxílio de prevenção, diagnóstico, prognóstico e análise de riscos para possíveis doenças, além da definição de tratamentos personalizados. Desta forma, com os resultados laboratoriais foi possível realizar intervenções mais precisas e conhecer as necessidades de cada paciente para traçar o plano terapêutico adequado através das intervenções médico/farmacêutico/usuário.

4.4 Etapas para a realização das consultas farmacêuticas

As consultas farmacêuticas aconteceram em ambiente restrito e contemplaram: anamnese de dados de identificação, Histórico Social (HS), Histórico de Doença Atual (HDA), Queixa Principal (QP), listagem de medicamentos em uso, identificação dos problemas relacionados à farmacoterapia e adoção das intervenções farmacêuticas necessárias para auxiliar o usuário. O formulário utilizado para o registro de todas as informações foi adaptado com base no Manual de Cuidados Farmacêuticos, elaborado pelo Ministério da Saúde (Apêndice A) (BRASIL, 2015).

Etapas realizadas em cada consulta:

Antes de acontecer a primeira consulta foram agendadas as realizações dos exames laboratoriais.

Primeira consulta:

- **Acolhimento do usuário, coleta e organização dos dados:** acolher/cumprimentar o paciente; apresentar-se; explicar o propósito da consulta; solicitar ao paciente que exponha suas expectativas, preocupações e necessidades e negociar o planejamento da consulta;
- **Avaliação de parâmetros fisiológicos, antropométricos, bioquímicos e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia:** avaliar pressão arterial, índice de massa corpórea (IMC), exames laboratoriais, problemas da farmacoterapia; problemas relacionados ao resultado (tratamento não efetivo, reação adversa e intoxicação medicamentosa); problemas relacionados ao processo (problemas de seleção e prescrição; dispensação ou manipulação; discrepâncias entre níveis ou pontos de atenção à saúde; administração e adesão; qualidade do medicamento e monitorização);
- **Intervenções farmacêuticas e encaminhamentos aos médicos da UBS para ajuste de medicamentos e posologia:** após avaliar todos os dados, a farmacêutica realizou as intervenções necessárias e encaminhou para consulta médica para reajuste de medicação sugerida e atualização da prescrição;
- **Delineamento de um plano de cuidado:** elaborar com o paciente o plano de cuidado utilizando o método Soap, definindo as metas terapêuticas e as intervenções necessárias; intervenções farmacêuticas (informação e aconselhamento; provisão de materiais; monitoramento; alteração ou sugestão de alteração na farmacoterapia; encaminhamento a outros profissionais ou serviços de saúde); verificar a habilidade do paciente em seguir o plano; avaliar se o paciente deseja informações ou explicações adicionais;
- **Fechamento:** explicar ao paciente o que fazer caso tenha dificuldades em seguir o plano e com quem pode entrar em contato; marcar uma próxima consulta ou combinar outras formas de contato.

Segunda consulta ou retorno:

- **Acolhimento:** acolher/cumprimentar o paciente;

- **Coleta dos dados:** registrar mudanças na farmacoterapia do paciente; dados da pressão arterial; peso e outro parâmetro solicitado pela farmacêutica ou médico;
- **Avaliação:** avaliar todos os dados apresentados; a administração e adesão à farmacoterapia e às intervenções realizadas; qualidade do medicamento e monitorização. Para avaliar o perfil farmacoterapêutico foram utilizados os critérios adotados pelo Terceiro Consenso de Granada (FIGURA 3).

| |
|--|
| NECESSIDADE |
| Problema de saúde não tratado – O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de não receber um medicamento que necessita; |
| Efeito de medicamento não necessário – O paciente sofre um problema de saúde associado ao fato de receber um medicamento que não necessita; |
| EFETIVIDADE |
| Inefetividade não quantitativa – O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa do medicamento; |
| Inefetividade quantitativa – O paciente sofre um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa do medicamento; |
| SEGURANÇA |
| Insegurança não quantitativa – O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa do medicamento; |
| Insegurança quantitativa – O paciente sofre um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa do medicamento. |

FIGURA 3 – Classificação dos Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNMs) de acordo com o Terceiro Consenso de Granada.

Fonte: Comitê de Consenso, 2007.

- **Plano de cuidado:** manter o plano de cuidado elaborado na primeira consulta ou realizar modificações de acordo com as necessidades do paciente.
- **Fechamento:** explicar ao paciente o que fazer caso tenha dificuldades em seguir o plano e com quem pode entrar em contato; marcar uma próxima consulta ou combinar outras formas de contato.

4.5 Avaliação da farmacoterapia

Foi utilizada a base de dados do *Drugs.com* para avaliar as possíveis interações medicamentosas.

Os resultados negativos associados aos medicamentos foram avaliados de acordo com o Terceiro Consenso de Granada e classificados nas categorias: necessidade, efetividade e segurança e redefinidos de acordo com o tipo:

necessidade: problema de saúde não tratado (RNM1) e efeito de medicamento não necessário (RNM2); efetividade: inefetividade não quantitativa (RNM3) e inefetividade quantitativa (RNM4); e segurança: insegurança não quantitativa (RNM5) e insegurança quantitativa (RNM6) (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).

4.6 Instrumentos para coleta de dados e formulários necessários no consultório farmacêutico

Foram elaborados formulários para encaminhamentos, prescrições e solicitação de exames laboratoriais (Apêndices B, C e D) e também um Folder do consultório farmacêutico com orientações a respeito de hábitos de vida saudáveis, confeccionado pela pesquisadora e por uma discente que faz parte da equipe e é integrante do Programa de Educação Tutorial (PET FARMÁCIA UEPB), com orientações a respeito de hábitos saudáveis (Apêndice E) e uma tabela para controle de horários de administração de medicamentos e para melhorar a adesão à farmacoterapia (Apêndice F).

4.7 Procedimentos de análise dos dados

Para análise e organização dos dados da pesquisa utilizou-se a estatística descritiva, com apresentação de frequências simples, absolutas e percentuais para as variáveis categóricas.

4.8 Considerações éticas

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa em Seres Humanos, da UEPB e aprovado sob protocolo de nº 5.185.695 e a implantação do consultório foi iniciada em junho de 2022 (Anexo A).

Com relação aos aspectos éticos, o estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde CNS/MS. O pesquisador assinou os seguintes termos: Declaração de concordância com projeto de pesquisa (Anexo B), Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável em cumprir os Termos da Resolução 466/12/CNS/MS (TCPR) (Anexo C) por ser o responsável pela coordenação e pela realização da pesquisa e em zelar pela

integridade e bem estar dos participantes envolvidos na pesquisa e também o Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivos (TCCDA) (Anexo D).

Também foi necessário apresentar o projeto a Coordenadora de Educação na Saúde do município de Campina Grande-PB, que assinou o Termo de Autorização Institucional para realização da pesquisa (Anexo E) e o Termo de Autorização Institucional para Coleta de Dados em Arquivos (TAICDA) (Anexo F). O pesquisador responsável se comprometeu a observar os preceitos éticos estabelecidos no que se refere a zelar pela legitimidade, privacidade e sigilo das informações, em todo o processo de construção do trabalho, sem oferecer nenhum risco às pessoas, tornando os resultados públicos ao final do estudo. Antes da coleta dos dados foi apresentado e assinado pelo participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo G).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Consultório Farmacêutico da UEPB iniciou os seus trabalhos em junho de 2022, na Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, local onde acontecem atendimentos de duas Estratégias Saúde da Família, com médicos residentes e também onde acontecem as atividades do PROCUIDAF da UEPB.

As características sociodemográficas e a avaliação da presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dos participantes do estudo estão descritas na Tabela 1.

TABELA 1– Dados demográficos, socioeconômicos e presença de DCNT.

| VARIÁVEIS | n | % |
|--------------------------|----|--------|
| Idade | | |
| 40-49 anos | 1 | 1,92% |
| 50-59 anos | 8 | 15,38% |
| 60-69 anos | 16 | 30,76% |
| 70-79 anos | 21 | 40,38% |
| ≥80 anos | 6 | 11,53% |
| Gênero | | |
| Feminino | 36 | 69,2% |
| Masculino | 16 | 30,8% |
| Estado civil | | |
| Solteiro(a) | 3 | 5,8% |
| Casado(a) | 32 | 61,5% |
| Viúvo(a) | 15 | 28,8% |
| Divorciado(a) | 2 | 3,8% |
| Atividade Laboral | | |
| Ativo | 8 | 15,40% |
| Inativo | 44 | 84,60% |
| Tipo de DCNT | | |
| HAS | 26 | 50,00% |
| DM2 | 4 | 7,69% |
| HAS/DM2 | 17 | 32,69% |
| Não apresentam | 5 | 9,62% |

DCNT = Doenças Crônicas Não Transmissíveis; **HAS** = Hipertensão Arterial Sistêmica; **DM2** = Diabetes *Mellitus* tipo 2.

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram atendidos 52 usuários, sendo a maioria do gênero feminino (69,2%), idosos na faixa dos 70-79 anos (40,38%), casados (61,5%) e não realizam atividade laboral (84,60%), porque eram aposentados, desenvolvendo aquelas voltadas para os seus interesses individuais e de lazer.

A presença das mulheres é sempre maior em todos os estudos realizados. Acredita-se que tal resultado pode estar relacionado com o fato de que mulheres cuidam-se mais, procurando os serviços de saúde frequentemente propiciando seu diagnóstico precoce (SANTOS; ROCHA; VIANA, 2015; AGUIAR et al. 2020), justificando assim o fato de que apenas 30,8% da amostra em estudo é composta por homens.

Segundo Silva et al. (2018) no Brasil, a mulher tende a viver mais anos do que o homem, tendo como resultado o fenômeno da feminilização na velhice. Esse é um aspecto a ser considerado na assistência à saúde, visto que as mulheres apresentam problemas de saúde mais complexos em relação aos homens da mesma idade.

Figueiredo, Ceccon e Figueiredo (2021) comentaram que culturalmente, as mulheres são consideradas como mais cuidadosas, mais pacientes, obtêm atendimento mais rápido nos serviços de saúde e desfrutam de maior disponibilidade. O que pode estar relacionado a uma suposta fragilidade feminina e também por serem estimuladas, desde jovens, a cuidar da saúde e buscar o médico, assim como ao papel de cuidar da família, o que exige da mulher um cuidado maior consigo mesma.

Na avaliação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) 50,00% da amostra apresentou a HAS isolada, no entanto 32,69% apresentou HAS associada ao DM2 e 9,62% não eram portadores. Dado preocupante porque HAS e/ou DM são considerados fatores de risco cardiovascular passíveis de intervenção e também doenças de base para a doença renal crônica. Tais fatores de risco, além da idade, são reconhecidos mundialmente pelo seu grande impacto no perfil de morbimortalidade.

As DCNT em idosos estão associadas à perda da funcionalidade e são a principal causa de disfuncionalidade (deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação comunitária e social) na maioria dos países sul-americanos, incluindo o Brasil (HANSEN et al. 2011). De acordo com Pereira, Alves-Souza e Vale (2015) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018) as DCNT acarretam custo econômico elevado tanto para o sistema de saúde como para a sociedade, impactando negativamente sobre o desenvolvimento dos países. Além do mais, os profissionais de saúde estão pouco preparados para atender as necessidades desse grupo, uma vez que menos de 15% dos programas de

graduação em ciências da saúde nas Américas e menos de 10% das principais especialidades médicas incluem Envelhecimento e Saúde Geriátrica em seus planos de ensino.

É preocupante porque no Brasil, as DCNT representam a principal carga de doenças e mortes na população, constituindo-se como um importante problema de saúde pública e os agravos aumentam com o avançar da idade. Bortolotto e Macêdo (2008) comentaram que um fato que pode explicar essa associação é que, com o avanço da idade, as artérias tendem a ficar mais rígidas, o que pode estar relacionado com o aumento da pressão arterial nessas pessoas. Vasconcelos e Gomes (2012) explicaram que outro fator sobre a maior prevalência de hipertensão entre os idosos pode ser a própria transição demográfica, em função do acelerado envelhecimento da população.

A Tabela 2 apresenta os parâmetros fisiológicos e antropométricos avaliados em cada consulta farmacêutica e os resultados bioquímicos dos exames laboratoriais que forneceram auxílio para prevenção, diagnóstico, prognóstico e análise de riscos para possíveis doenças, além da definição de tratamentos personalizados com intervenções e plano terapêutico adequado.

Quando avaliada a pressão arterial aferida em meio às consultas, 32,6% dos pacientes enquadram-se no estágio de pré-hipertensão e 26,9% de HA no estágio 1, o que demanda maiores cuidados e orientações por meio de práticas de educação em saúde para que não evoluam para estágios que possam colocar em risco a vida.

Em relação a classificação da Circunferência Abdominal (CA), 78,8% apresentaram alteração e na avaliação do IMC 53,8% registraram sobrepeso, ressaltando a importância da realização de atividade física que agrega inúmeros benefícios à saúde. No entanto, é válido enfatizar que devido à idade elevada e a presença de problemas de saúde físicos, alguns pacientes estavam impossibilitados de realizarem exercícios físicos, sendo necessário elaborar com eles um plano de cuidado com maior atenção à reeducação alimentar. Foi distribuído um folder do consultório farmacêutico com orientações a respeito de hábitos de vida saudáveis (Apêndice E).

Além da presença de HAS, DM2, CA elevada, sobrepeso foi possível avaliar outros fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Dos 52 usuários assistidos no consultório farmacêutico 9,60% eram etilistas, 7,7% tabagistas e através da realização dos exames laboratoriais foi possível avaliar a presença da

Síndrome Metabólica registrada em 69,20% e dislipidemias em 78,8%. Com esses dados realizamos quando necessário encaminhamentos aos médicos da Unidade de Saúde Bonald Filho com as intervenções necessárias.

TABELA 2 – Avaliação dos parâmetros fisiológicos, antropométricos e bioquímicos.

| Variáveis | n | p | | |
|-------------------------------|---------------|----------|-----------------|----------|
| Classificação da PA | | | | |
| PA ótima | 6 | 11,5% | | |
| PA normal | 9 | 17,5% | | |
| Pré-hipertensão | 17 | 32,6% | | |
| HA estágio 1 | 14 | 26,9% | | |
| HA estágio 2 | 5 | 9,6% | | |
| HA estágio 3 | 1 | 1,9% | | |
| Classificação do IMC | | | | |
| Baixo peso | 2 | 3,8% | | |
| Peso adequado | 16 | 30,8% | | |
| Sobrepeso | 28 | 53,8% | | |
| Obesidade | 6 | 11,6% | | |
| Classificação da CA | | | | |
| Normal | 11 | 21,2% | | |
| Alterada | 41 | 78,8% | | |
| Parâmetros Bioquímicos | normal | | alterado | |
| | n | % | n | % |
| Glicemia de jejum | 27 | 52% | 25 | 48% |
| Hemoglobina Glicada | 29 | 55,7% | 23 | 44,2% |
| Colesterol total | 35 | 67,3% | 17 | 32,7% |
| HDL | 31 | 59,6% | 21 | 40,4% |
| LDL | 33 | 63,5% | 19 | 36,5% |
| Triglicerídeos | 21 | 40,4% | 31 | 59,6% |
| AST | 51 | 98% | 1 | 2% |
| ALT | 39 | 75% | 13 | 25% |
| Ureia | 44 | 84,6% | 8 | 15,4% |
| Creatinina | 41 | 78,8% | 11 | 21,2% |

PA: Pressão Arterial; **HA:** Hipertensão Arterial; **CA:** Cintura Abdominal; **AST:** Aspartato Aminotransferase; **ALT:** Alanina Aminotransferase.

Fonte: Dados da pesquisa.

O consumo de diversos medicamentos observado principalmente em idosos, aumenta as chances da ocorrência de Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM), expondo os pacientes à problemas que podem ser reduzidos ou evitados por meio da avaliação da prescrição e acompanhamento farmacoterapêutico, garantindo que os medicamentos sejam apropriados para a patologia e nas doses ideais (SANTOS; MATHIAS, 2020). Durante a realização das consultas farmacêuticas foi possível observar a existência de diversos problemas relacionados aos medicamentos como a presença de problema de saúde não tratado (34,37%); efeito de medicamento não necessário (12,50%); inefetividade não

quantitativa (18,75%), o que resulta em problemas de adesão e interfere significativamente na eficácia terapêutica do tratamento, além de confusão no horário correto para tomar os medicamentos e acondicionamento inadequado (46,15%) que pode afetar a estabilidade e conseqüentemente a ação do fármaco.

Houve intervenção farmacêutica-médica de 50% das prescrições dos usuários, sendo relacionadas a necessidade de intervenções/mudanças na farmacoterapia pela equipe médica, na avaliação da eficácia da medicação, no ajuste de dose e suspensão e/ou inserção de medicamentos no tratamento. Também realizamos intervenção farmacêutico-paciente na reorganização do horário dos medicamentos sendo distribuído uma tabela para controle de horários de administração de medicamentos e para melhorar a adesão à farmacoterapia (Apêndice F) e em seguida orientação acerca do local adequado para armazenar os medicamentos garantindo assim a estabilidade e um tratamento farmacológico eficaz.

O encaminhamento farmacêutico para equipe médica da Unidade Básica de Saúde, além da avaliação e atualização da farmacoterapia, proporcionou a solicitação de exames complementares para traçar novos planos terapêuticos, a avaliação dos pés para os pacientes diabéticos e encaminhamentos para as demais especialidades médicas de acordo com a realidade de cada paciente.

A avaliação da farmacoterapia de cada paciente foi realizada e está apresentada na Tabela 3, através da qual mostra dados antes e após as intervenções farmacêutico-médico.

Com relação aos medicamentos, a maior parte dos pacientes adquirem na própria UBS (38,46%), um fator importante para o tratamento farmacoterapêutico tendo em vista que os elevados custos na compra dos medicamentos podem interferir negativamente na adesão. Quanto ao uso, tem-se que 78,85% dos pacientes tomam os medicamentos sem assistência e tratando-se de idosos as orientações farmacêuticas tornam-se imprescindíveis para garantir a segurança dos pacientes na hora de fazer o uso dos medicamentos, ademais o conhecimento de que para que serve determinada medicação é fundamental na adesão ao tratamento.

Com relação ao número de medicamentos usados, a maior parte faziam uso apenas de 2 medicamentos (17,30%), 4 pacientes não utilizavam e a presença de polifarmácia foi registrada em prescrições de 15 pacientes (28,8%). Após a

realização da intervenção médica na farmacoterapia mediante encaminhamento farmacêutico, a maior parte dos pacientes passou a fazer uso de 3 medicamentos (30,61%), 3 pacientes continuaram sem usar medicação devido à ausência de problemas de saúde que necessitam de tratamento medicamentoso contínuo e a polifarmácia foi observada em apenas 13 pacientes.

TABELA 3 – Resultados obtidos da avaliação da farmacoterapia antes e após intervenções.

| VARIÁVEIS | n | % |
|--|----------|----------|
| Local onde adquire os medicamentos | | |
| Não faz uso | 4 | 7,69% |
| Rede SUS | 20 | 38,46% |
| Rede Privada | 13 | 25,00% |
| Redes SUS/Privada | 15 | 28,85% |
| Uso dos medicamentos | | |
| Não faz uso | 4 | 7,69% |
| Toma os medicamentos sozinho | 41 | 78,85% |
| Necessita de lembretes ou de assistência | 7 | 13,46% |
| Características Farmacoterápicas | | |
| Polifarmácia antes das consultas | | |
| Sim | 15 | 28,8% |
| Não | 37 | 71,2% |
| Número de medicamentos em uso | | |
| Nenhum | 4 | 7,69% |
| 1 | 8 | 16,66% |
| 2 | 9 | 18,75% |
| 3 | 8 | 16,66% |
| 4 | 8 | 16,66% |
| 5 | 8 | 16,66% |
| 6 | 3 | 6,25% |
| 7 | 2 | 4,16% |
| 8 | 1 | 2,08% |
| 10 | 1 | 2,08% |
| Polifarmácia após intervenção farmacêutica/médica | | |
| Sim | 13 | 25% |
| Não | 39 | 75% |
| Número de medicamentos em uso após intervenção | | |
| Nenhum | 3 | 5,76% |
| 1 | 6 | 12,24% |
| 2 | 8 | 12,32% |
| 3 | 15 | 30,61% |
| 4 | 7 | 14,28% |
| 5 | 7 | 14,28% |
| 6 | 2 | 4,08% |
| 7 | 3 | 6,12% |
| 10 | 1 | 1,04% |

| Houve necessidade de intervenções | | |
|--|----|--------|
| Sim | 26 | 50% |
| Não | 26 | 50% |
| Avaliação de RNM | | |
| Categoria de RNM | | |
| Necessidade | 16 | 50% |
| Efetividade | 8 | 25% |
| Segurança | 2 | 6,25% |
| Necessidade e segurança | 5 | 15,62% |
| Necessidade e efetividade | 1 | 3,12% |
| Não apresentaram | 20 | 38,46% |
| Supra categoria de RNM | | |
| RNM 1 | 11 | 34,37% |
| RNM 2 | 4 | 12,50% |
| RNM 3 | 6 | 18,75% |
| RNM 4 | 2 | 6,25% |
| RNM 5 | 1 | 3,12% |
| RNM 6 | 1 | 3,12% |
| RNM 1 e 2 | 1 | 3,12% |
| RNM 1 e 5 | 1 | 3,12% |
| RNM 1 e 6 | 1 | 3,12% |
| RNM 2 e 3 | 1 | 3,12% |
| RNM 2 e 5 | 3 | 9,37% |
| Não apresentaram | 20 | 38,46% |
| Local onde guarda os medicamentos | | |
| Não faz uso | 4 | 7,70% |
| Adequado | 24 | 46,15% |
| Inadequado | 24 | 46,15% |

RNM: Resultados negativos associados aos medicamentos; **RNM 1:** Problema de saúde não tratado; **RNM 2:** Efeito de medicamento não necessário; **RNM 3:** Inefetividade não quantitativa; **RNM 4:** Inefetividade quantitativa; **RNM 5:** Insegurança não quantitativa; **RNM 6:** Insegurança quantitativa.
Fonte: Dados da pesquisa.

O número elevado de medicamentos prescritos representaram perigos potenciais para reações adversas e interações medicamentosas, especialmente em idosos, que podem levar ao risco de iatrogenia, hospitalizações e até mesmo ao óbito. É válido ressaltar que soma-se a isso as variações fisiológicas relativas ao envelhecimento que tendem a alterar a farmacocinética e a farmacodinâmica dos medicamentos, fazendo com que pessoas idosas apresentem maior sensibilidade aos efeitos terapêuticos e adversos do fármaco (PEREIRA, 2017). Entretanto deve-se levar em consideração que, por vezes, por tratar-se de pacientes com mais de um problema de saúde e os riscos de não tratá-los, o uso da medicação faz-se necessária, no entanto considerando os riscos da polifarmácia, o acompanhamento do profissional farmacêutico torna-se fundamental para garantir a segurança do

paciente em relação às interações medicamentosas, reações adversas à medicamentos, entre outros.

Na avaliação das classes farmacológicas as mais prescritas foram: diuréticos (59,6%) representado pelo hidroclorotiazida, Bloqueador dos Receptores de Angiotensina (53,8%) tendo a losartana como representante, Hipoglicemiantes Orais (28,8%), a metformina, Hipolipemiantes (30,8%), a sinvastatina, Bloqueador de Canais de Cálcio (25,00%), o anlodipino e Psicotrópicos (21,20%), o clonazepam (Tabela 4).

TABELA 4 – Classes farmacológicas em uso pelos pacientes assistidos no consultório farmacêutico.

| Classes farmacológicas | n | % |
|---|----|--------|
| Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina | 9 | 17,30% |
| Betabloqueador | 11 | 21,20% |
| Bloqueador dos Receptores de Angiotensina | 28 | 53,80% |
| Diurético | 31 | 59,60% |
| Bloqueador de Canais de Cálcio | 13 | 25,00% |
| Hipolipemiantes | 16 | 30,80% |
| Psicotrópicos | 11 | 21,20% |
| Hipoglicemiantes Injetáveis | 7 | 13,50% |
| Hipoglicemiantes Orais | 15 | 28,80% |

Fonte: Dados da pesquisa.

Durante a segunda consulta que consideramos como retorno, os pacientes teceram depoimentos acerca do atendimento no consultório farmacêutico classificado como ótimo, muito bom, “uma benção”, “nota dez” e argumentaram que gostariam que as consultas permanecessem de modo contínuo pois durante os atendimentos sentem-se bem cuidados e acolhidos, alegam aprender mais sobre a importância do cuidado com a saúde, como se cuidar de forma correta e que encontram na consulta um momento de desabafo e de dividir o que sentem, além de considerar que facilita bastante o contato com a equipe médica. E quando questionados sobre alguma queixa ou reclamação acerca do atendimento, citaram não ter nenhuma e que “não tem como ser melhor”.

A equipe médica, em relação à consulta farmacêutica, relatou receber os pacientes mais direcionados, com um olhar mais cuidadoso com a própria saúde, colocou o formulário (ficha do paciente do consultório farmacêutico) como um facilitador de consultas médicas por conter as informações pertinentes para o

atendimento e destacou a parte da ficha “como funciona para você?”, alegando que auxiliou bastante na tomada de decisões acerca da farmacoterapia.

A terceira consulta ou segundo retorno para os diabéticos ficou planejada para dezembro de 2022, através da qual será distribuído o creme de Ureia a 10%, que será manipulado na Farmácia Escola da UEPB.

Desta maneira, a consulta farmacêutica torna-se fundamental na logística do atendimento ao paciente no tocante a importância das intervenções farmacêuticas e nos benefícios na qualidade de vida dos pacientes, no direcionamento para a consulta médica tendo em vista que se fosse avaliar tudo o que foi exposto, durante a consulta médica, esta seria ainda mais demorada e ficaria também em alguns casos inviável. Ademais, na consulta farmacêutica o paciente sente-se mais à vontade para se expressar e contar a “verdade” sobre sua realidade, pois em uma consulta médica temeria o “sermão” e/ou ficam nervosos só de entrarem na sala para consulta, podendo até ocasionar esquecimento dos fatores que o levaram a procurar a equipe médica. A consulta farmacêutica se configura mais como uma conversa com orientações, aconselhamento, cuidados e acompanhamento com diversos benefícios para o paciente e para equipe de saúde da unidade básica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível acompanhar 52 usuários do PROCUIDAF, através de consultas farmacêuticas com a solicitação de exames laboratoriais e realização da avaliação da farmacoterapia identificando polifarmácia e resultados negativos associados aos medicamentos (RNMs).

Foram realizadas duas consultas com cada paciente, através das quais realizamos encaminhamentos para todos os médicos da UBS Bonald Filho, sendo aceito por eles todas as intervenções farmacêuticas sugeridas.

Tanto os pacientes quanto os médicos através de depoimentos consideraram as atividades do consultório farmacêutico de grande importância para um melhor cuidado e acompanhamento.

Os impactos positivos à saúde dos pacientes atendidos e acompanhados em consultório farmacêutico são inúmeros, desde a melhora dos resultados clínicos até ao desenvolvimento de práticas de autocuidado. Os cuidados farmacêuticos são imprescindíveis tanto quanto ao uso racional dos medicamentos, quanto à educação em saúde e acompanhamento do tratamento farmacoterapêutico.

Portanto, foi de grande importância a introdução de consultas farmacêuticas dentro da Unidade Básica de Saúde, atuando no cuidado direto a saúde do paciente, seja na avaliação dos parâmetros bioquímicos, antropométricos, na avaliação da farmacoterapia para promoção de segurança e eficácia do tratamento medicamentoso e na fidelização do paciente na busca pelo cuidado com a saúde. Frente a isso, reitera-se a necessidade de uma maior valorização e busca por inserção de consultórios farmacêuticos em outras UBSs, tendo em vista os inúmeros benefícios oferecidos aos usuários do medicamento e à equipe de saúde na logística do atendimento e acompanhamento dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

AGUIAR, L. K. de; LADEIRA, R. M.; MACHADO, Í. E.; BERNAL, R. T. I.; MOURA, L. de; MALTA, D. C. Fatores associados à doença renal crônica segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev Bras Epidemiol**, Rio de Janeiro. v. 23, e200101, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v23/1980-5497-rbepid-23-e200101.pdf>. Acesso em: 13 Out. 2022.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Resolução da Diretoria Colegiada. RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2009. 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 e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf. Acesso em: 5 dez. 2021.

BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475-2486, 2017.

BERMUDEZ, J. A. Z et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1937-1949, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601937&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 dez. 2021.

BORTOLOTTI, L. A.; MACÊDO, T. A. Alterações vasculares da hipertensão arterial. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 150-161, 2008.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3820.htm. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Decreto nº 68.806, de 25 de Junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-68806-25-junho-1971-410656-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1 - 28/7/1997, p. 16113

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out. 1998.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 1999a.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária e estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 fev. 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 mar. 1999c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 343, de 21 de março de 2001. Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao Programa Saúde da Família, destinado aos municípios participantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mai. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006. Aprova a política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2006. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=5813&ano=2006&ato=2f0c3ZU50MRpWT7ed>Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações

e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial União, Brasília, DF, 31 jan. 2007; Seção 1, p. 45. Retificação publicada no **Diário Oficial União**. 14 mar 2007; Seção 1, p. 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS). **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 14 jun. 2012; Seção 1, p. 29

BRASIL. Ministério da Saúde. Farmácia Popular. 2013-2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 4**: resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no município de Curitiba. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017b. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 28 dez 2017; Seção 1, p. 91.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. v. 3, 186p.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 308, 2 de maio de 1997, que dispõe sobre a assistência farmacêutica em farmácia e drogarias. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/308.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357, 20 de abril de 2001, que aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Disponível em: <https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/97/resolucao357.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 499, 17 de dezembro de 2008, que dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.crf-rj.org.br/arquivos/fiscalizacao/resolucoes/ResolucaoCFF499.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 386, 12 de novembro de 2012, que dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito da assistência domiciliar em equipes multidisciplinares. 2012. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/386.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, 29 de agosto de 2013a, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013a. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CFF. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586, 29 de agosto de 2013b, que regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. 2013b. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586_13.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

COMITÊ DE CONSENSO. Terceiro consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos e Resposta Negativa Associada a Medicamentos. **Ars Pharm**. Granada. n 1, v. 48, p. 5-12, 2007.

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

CORREIA, K. K. de L. et al. **Farmácia clínica: importância deste serviço no cuidado à saúde. Boletim Informativo Geum**, v, 8, n. 3, p. 7-18, 2017.

COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L. **A integração sistêmica da assistência Farmacêutica (Aula 4)**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 384 p.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. et al. Identificación sistemática de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. **Seguim Farmacoter**, v. 2, n. 3, p. 195-205, 2004.

FIGUEIREDO, A. E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Rev Ciênc Saúde Colet**, v. 26, n. 1, p. 77-88, 2021.

HANSEN, E. O. et al. Classificação internacional de funcionalidade, de doenças e prognóstico médico em pacientes idosos. **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, n. 1, p. 55-60, 2011.

HAOC. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. **Relatório Técnico da 1ª Oficina de Alinhamento do Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas do cuidado na equipe de saúde**, Brasília, DF, em 23 e 24 de outubro de 2018.

HUSZCZ, R. S.; SATO, M. D. O; SANTIAGO, R. M. Consultório farmacêutico: atuação do farmacêutico no SUS. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.12, n.10, 2018.

ICTQ. Instituto de Ciência, Tecnologia e Qualidade. **Consultório Farmacêutico 360º (Anuário)**. São Paulo, SP: ICTQ, 2017. 114p.

LOPES, D. A. M. G. Atenção farmacêutica e consultórios farmacêuticos. **Revista Acadêmica Oswaldo Cruz**, a. 4, n.16, 2017.

LUÍZA, V. L. et al. Fortalezas e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: LIA, H. et al. **Vulnerabilidades do complexo industrial da Saúde: reflexos das políticas industrial e tecnológica na produção local e Assistência Farmacêutica**. Rio de Janeiro: E-papers, 2018.

MELGAREJO, A. P. **Consultório Farmacêutico: Atuação e contribuição do farmacêutico no acompanhamento de pacientes com problemas de saúde**. 2019. 72 p. Trabalho de Curso de Farmácia – Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Sinop.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011.

MENDES, L. V. et al., Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, n. 38, 2014.

MOULLIN, J. C.; SABATER-HERNÁNDEZ, D.; BENRIMOJ, S. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. **Res Social Adm Pharm**, v. 12, n.3, p.515-22, 2016.

MARÍN, N. Los Servicios Farmacéuticos en la atención de salud. In: BERMUDEZ J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. et al. **Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 125-139.

MARIN, N. et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Brasil. Envelhecimento e Saúde**. Brasília: OPAS; 2018.

PEREIRA, K. G, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n.2, p.335-344, 2017.

PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R A.; VALE, J. S. Processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Rev Cienc Faculdade de Educ Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 99-108, 2015.

REIS, W. C. T. et al. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. **Einstein**, v. 11, p.190-196, 2013.

SANTOS-PINTO C. **O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura de utilização frente à Política Nacional de Medicamentos**. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

SANTOS, A. S.; ROCHA, P. B.; VIANA, L. C. Perfil metabólico de pacientes acometidos por diabetes *mellitus* construção educativa. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, n. 2, 6580, 2015.

SANTOS, F. S. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico em consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde no município de Canoas. In: ARAÚJO, C. E. P.; TESCAROLLO, I. L.; ANTÔNIO, M. A. **Farmácia Clínica e Hospitalar**. Ponta Grossa: Atena, 2020. p. 1-13.

SANTOS, J. R. B; MATHIAS, R. O R. Resultados negativos associados ao uso de medicamentos em idosos com hipertensão e diabetes em Unidade Básica de Saúde de São Paulo. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 14183-14197, 2020.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020**. n. 3, v. 116, p.545, 2021.

SILVA, P. A. B.; SANTOS, F. C.; SOARES, S. M.; SILVA, L. B. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. **Rev Pesqui Cuid Fundam**, v. 10, n. 1, p. 97-105, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5987/pdf_1. Obtido em: 21 out. 2022.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. **Report of a WHO consultation on Obesity**. Geneva: WHO; 2000.

WHO. World Health Organization. How to develop and implement a national drug policy. **WHO Policy Perspectives on Medicines**. Geneva: WHO; 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados e realização da consulta farmacêutica inicial e subsequente.



Consultório Farmacêutico
UBSF Bonald Filho



| SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA | | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|-------------|---|----|-----|-----|-------|
| PERFIL DO PACIENTE | | | | | | | | |
| Nome do paciente: | | | | | | | | |
| Escolaridade: | Idade: | Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | |
| Telefone: | Peso: | Altura: | IMC: | | | | | |
| Acesso a medicamentos: <input type="checkbox"/> Setor público <input type="checkbox"/> Setor privado | | Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | | |
| Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras: | | | | | | | | |
| Autonomia na gestão dos medicamentos: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho | | | | | | | | |
| Locais de armazenamento dos medicamentos em casa: | | | | | | | | |
| HISTÓRIA DO PACIENTE | | | | | | | | |
| Alcoolismo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | Tabagismo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | Sedentarismo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | |
| Doença Crônica Não Transmissível: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM2 <input type="checkbox"/> HAS e DM2 <input type="checkbox"/> Outra: _____ | | | | | | | | |
| História da Doença Atual: | | | | | | | | |
| História Médica Progressa: | | | | | | | | |
| Histórico Familiar: | Resultados dos exames | | | | | | | |
| | GJ | CT | HDL | LDL | TG | URE | CRE | HBA1C |
| | | | | | | | | |
| PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS | | | | | | | | |
| Queixas do paciente: | | Problemas relacionados à farmacoterapia: | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | | | | | | | |
| Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam: | | | | | | | | |
| Medicamento | Muito | Um pouco | Muito pouco | De que forma incomoda? | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

GJ: Glicemia de Jejum; **CT:** Colesterol Total; **TG:** Triglicerídeos; **URE:** Ureia; **CRE:** Creatinina; **HBA1C:** Hemoglobina glicada.

| FARMACOTERAPIA ATUAL | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|---|--------|---|--------------|--------------------------|--------|---|-------|---|
| Princípio ativo / Concentração | Posologia Prescrita | Para que você utiliza? | Posologia utilizada | | | | Tempo de uso | Como funciona para você? | | | | |
| | | | Café | | Almoço | | | | Lanche | | Janta | |
| | | | A | D | A | D | | | A | D | A | D |
| 1. | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | |

| INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS | |
|----------------------------|---------------|
| Datas: | Intervenções: |
| | |
| INTERVENÇÕES MÉDICAS | |
| Datas: | Intervenções: |
| | |

| PRESSÃO ARTERIAL E GLICEMIA CAPILAR NO CONSULTÓRIO | | | | | |
|--|----|-----|------|----|-----|
| DATA | PA | HGT | DATA | PA | HGT |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | | |
| | | | | | |

A: Antes; **D:** Depois; **PA:** Pressão Arterial; **HGT:** Hemoglicoteste.

Consulta subsequente



Consultório Farmacêutico UBSF Bonald Filho



| REGISTRO DE CONSULTA - RETORNO | |
|--|-----------------------------|
| Paciente: | Data: |
| RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES | |
| MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA | Evolução / O que aconteceu: |
| Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento | |
| Alterações na farmacoterapia realizadas | |
| Exames de monitoramento realizados | |
| Consultas realizadas com médico e outros profissionais | |

| RESULTADOS DO RETORNO | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|----|--|-----|----|-----|-----|-------|
| História da Doença Atual: | | | | | | | | |
| Evolução: | Resultados dos exames de retorno | | | | | | | |
| | GJ | CT | HDL | LDL | TG | URE | CRE | HBA1C |
| | | | | | | | | |
| PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS | | | | | | | | |
| Queixas do paciente: | | | Problemas relacionados à farmacoterapia: | | | | | |
| | | | | | | | | |

| RELATO DO PACIENTE ÀS INTERVENÇÕES |
|------------------------------------|
| |

GJ: Glicemia de Jejum; **CT:** Colesterol Total; **TG:** Triglicerídeos; **URE:** Ureia; **CRE:** Creatinina; **HBA1C:** Hemoglobina glicada.

| FARMACOTERAPIA ATUAL - RETORNO | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|----------------------|------------------------|---------------------|---|--------|---|--------------------------|--------|---|-------|---|
| Princípio ativo / Concentração | Posologia Prescrita | Origem da prescrição | Para que você utiliza? | Posologia utilizada | | | | Como funciona para você? | | | | |
| | | | | Café | | Almoço | | | Lanche | | Janta | |
| | | | | A | D | A | D | | A | D | A | D |
| 1. | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | | |

| ADESÃO AO TRATAMENTO | | |
|--|--|---|
| Apresenta alguma dificuldade para tomar os medicamentos? | | |
| Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos? | | |
| O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| O (a) senhor (a) toma os medicamentos na hora indicada? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| Quando o (a) senhor (a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | | |
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça | <input type="checkbox"/> Tontura / Desequilíbrio | <input type="checkbox"/> Dor muscular |
| <input type="checkbox"/> Coceira / Urticária | <input type="checkbox"/> Incontinência / Problema urinário | <input type="checkbox"/> Fadiga / Cansaço |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sono | <input type="checkbox"/> Problema sexual | <input type="checkbox"/> Mudança no humor |
| <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal | | |

| NOVAS INTERVENÇÕES |
|--------------------|
| |

| OBSERVAÇÕES |
|-------------|
| |

APÊNDICE B – Formulário para encaminhamentos.




Consultório Farmacêutico


Unidade Básica de Saúde
da Família - Bonald Filho

R. Antônia Cavalcante - Monte Santo, Campina
Grande - PB, 58400-752

Encaminhamento

APÊNDICE C – Formulário para elaboração de prescrições farmacêuticas de Medicamentos Isentos de Prescrição.

| | |
|--|-----------------------------------|
|  | <h2>Consultório Farmacêutico</h2> |
| <p>Unidade Básica de Saúde da Família - Bonald Filho R. Antônia Cavalcante - Monte Santo, Campina Grande - PB, 58400-752</p> | |
| Paciente: _____ | |
| Contato: _____ | |
| <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Assinatura</p> | |

APÊNDICE D – Formulário para solicitação de exames laboratoriais.

Consultório Farmacêutico

Unidade Básica de Saúde
da Família - Bonald Filho
R. Antônia Cavalcante - Monte Santo, Campina
Grande - PB, 58400-752

Solicitação de Exames Laboratoriais

Assinatura

APÊNDICE E – Folder do consultório farmacêutico com orientações a respeito de hábitos de vida saudáveis.

NOSSOS SERVIÇOS

- Aferição da pressão arterial;
- Determinação da glicemia capilar;
- Avaliação e orientação da farmacoterapia;
- Realização de exames laboratoriais;
- Orientação para o tratamento não farmacológico;
- Educação em saúde;
- Encaminhamento médico;
- Elaboração de um plano de cuidado.



APOIO:



CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO

UEPB - UBSF BONALD FILHO - PET FARMÁCIA

Oferecendo serviços da clínica farmacêutica aos pacientes da Unidade Básica de Saúde

@pet.farmaciaeupb



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A alimentação pode implicar em diversos benefícios (ou prejuízos) à saúde.

Ter um padrão alimentar saudável e contar com escolhas alimentares inteligentes é o que nos proporciona saúde, bem-estar e qualidade de vida.

ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS

São cuidados necessários para manter a estabilidade dos medicamentos.

Devemos:

- Acondicionar em local limpo e arejado;
- Não guardar na cozinha e no banheiro, evitando calor e umidade;
- Manter o medicamento na embalagem original.



HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Para uma melhor qualidade de vida e envelhecer com saúde é preciso adotar hábitos saudáveis.

Tenha uma boa alimentação. Durma bem. Beba água. Cultive laços positivos com as pessoas e familiares. Pratique atividade física. Procure realizar tarefas que te façam sentir bem.



ANEXOS

ANEXO A – Comprovante de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual da Paraíba.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLEMENTAÇÃO DE CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE-PB

Pesquisador: Maria do Socorro Ramos de Queiroz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54457221.2.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.185.695

Apresentação do Projeto:

LÊ-SE:

O projeto é intitulado "Implementação de consultório farmacêutico em uma Unidade Básica de Saúde de Campina Grande-PB". O estudo será do tipo transversal, observacional e documental, com abordagem qualiquantitativa e descritiva. Os cuidados farmacêuticos são imprescindíveis tanto quanto ao uso racional dos medicamentos, quanto à educação em saúde e acompanhamento do tratamento farmacoterapêutico. Diante disso, esse projeto visa implementar um consultório farmacêutico em uma Unidade Básica de Saúde de Campina Grande/PB para que possa ser realizado o serviço clínico farmacêutico em prol da melhoria da qualidade de vida e adesão farmacoterapêutica dos usuários de medicamentos. Os dados serão analisados e apresentados em números absolutos e porcentagens dentro dos grupos ou estratos, e quando possível a média e o desvio padrão.

Objetivo da Pesquisa:

LÊ-SE:

Objetivos gerais

Implementar um consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde de Campina

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.185.695

Grande/PB para realização de serviços clínicos farmacêuticos em prol da melhoria da qualidade de vida e adesão farmacoterapêutica.

Objetivos específicos

- Realizar triagem de pacientes que necessitam de serviços clínicos farmacêuticos;
- Registrar dados dos pacientes assistidos pelo serviço oferecido no consultório farmacêutico;
- Efetuar intervenções farmacêuticas de acordo com as necessidades do paciente;
- Orientar sobre o uso racional de medicamentos;
- Promover educação em saúde no monitoramento de suas enfermidades;
- Aconselhar sobre a importância na mudança de hábitos de vida;
- Proporcionar estratégias de autocuidado;
- Realizar encaminhamentos a especialistas e/ou médicos de Estratégias Saúde da Família quando necessário;
- Elaborar, junto com o paciente, um plano de cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

LÊ-SE:

Riscos

A pesquisa apresenta riscos mínimos a população e amostra, uma vez que, não haverá intervenção por fatores físicos, psicológicos, morais e financeiros, apenas coleta de dados em fichas. Contudo, a pesquisa terá risco de quebra de sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos. Mas, para minimizar estes riscos, a coleta de dados será realizada em ambiente reservado, privativo, sem a presença de terceiros, como forma de garantia do anonimato do usuário. Desse modo, assegura-se o sigilo de todas as informações que irão ser coletadas das fichas dos usuários para a devida pesquisa.

Benefícios

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.185.695

A pesquisa terá como benefício a introdução de consultas farmacêuticas aos pacientes assistidos pelo projeto de extensão da UEPB PROCUIDAF e pacientes da Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, para monitorização terapêutica de medicamentos, orientações acerca do uso racional dos mesmos, acompanhamento farmacoterapêutico, rastreamento em saúde e promoção de educação em saúde, para melhor adesão aos tratamentos medicamentosos e consequente assecuridade da eficácia terapêutica desejada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem fundamentada, com objetivos coerentes, metodologia explicativa e viável. O projeto também apresenta relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados, e estão em conformidade com a Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Recomendações:

- Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá apresentar o relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|-----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1877272.pdf | 17/12/2021 19:32:05 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.pdf | 17/12/2021 19:31:32 | Maria do Socorro Ramos de Queiroz | Aceito |
| Outros | TCPR.pdf | 17/12/2021 19:29:34 | Maria do Socorro Ramos de Queiroz | Aceito |
| Outros | TCDA.pdf | 17/12/2021 19:27:10 | Maria do Socorro Ramos de Queiroz | Aceito |
| Outros | TAICDA.pdf | 17/12/2021 19:26:47 | Maria do Socorro Ramos de Queiroz | Aceito |

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.185.695

| | | | | |
|--|----------------------------|------------------------|--------------------------------------|--------|
| Outros | TAI.pdf | 17/12/2021 19:26:26 | Maria do Socorro Ramos de Queiroz | Aceito |
| Declaração de concordância | DECLARACAOCONCORDANCIA.pdf | 17/12/2021 19:26:02 | Maria do Socorro Ramos de Queiroz | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 17/12/2021 19:24:41 | Maria do Socorro Ramos de Queiroz | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 17/12/2021 19:23:42 | Maria do Socorro Ramos de Queiroz | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 23 de Dezembro de 2021

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753

UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

ANEXO B – Declaração de Concordância com o projeto de pesquisa.

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação de consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde de Campina Grande-PB.

Eu, **Maria do Socorro Ramos de Queiroz**, docente do Curso de Farmácia, da **Universidade Estadual da Paraíba**, portador (a) do **RG: 855.850** e **CPF: 396.569.854-00**, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 15 de janeiro de 2021

Maria do Socorro Ramos de Queiroz

Pesquisador Responsável

Thayse Maria Barbosa Soares.

Orientando

ANEXO C – Termo de compromisso do pesquisador (TCPR).

**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS (TCPR)**

Título da Pesquisa: Implementação de consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde de Campina Grande-PB.

Eu, Maria do Socorro Ramos de Queiroz, Professora do Curso de Farmácia, da Universidade Estadual da Paraíba, portador (a) do RG: 855.850 e CPF: 396.569.854-00, comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.



Maria do Socorro Ramos de Queiroz

ANEXO D – Termo de Compromisso para Coleta de Dados em Arquivos (TCCDA).

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO OU PRONTUÁRIOS (TCDA)

Título do projeto: Implementação de consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde de Campina Grande-PB.

Pesquisador responsável: Maria do Socorro Ramos de Queiroz

A pesquisadora do projeto acima identificada assume o compromisso de:

- I- Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II-Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III-Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 15 de janeiro de 2021



Maria do Socorro Ramos de Queiroz

ANEXO E - Termo de Autorização Institucional para realização da pesquisa.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: “**Implementação de consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde de Campina Grande-PB**”, desenvolvido pela discente do Curso de Farmácia da Universidade Estadual de Campina Grande - UEPB: **Thayse Maria Barbosa Soares**, sob orientação e responsabilidade de: **Professora Maria do Socorro Ramos de Queiroz**. O cenário da pesquisa será a **UBS Bonald Filho**.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Após a realização apresentar o resultado final ao local da pesquisa ou a esta diretoria.

Campina Grande, 15 de Janeiro de 2021.

Atenciosamente,

Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenação de Educação na Saúde)
Av. Assis Chateaubriand, 1376 - Liberdade - 58.105-420 - Campina Grande-PB.
Telefones: (83) 3315-5128

ANEXO F - Termo de Autorização Institucional para uso e coleta de dados em Arquivos (TAICDA).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE-PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS (TAICDA)

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado. **“Projeto: Implementação de consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde de Campina Grande-PB”**, desenvolvido pelo (a) Prof (a) Maria do Socorro Ramos de Queiroz do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, com a participação do (a) orientando (a) Thayse Maria Barbosa Soares. A coleta de dados será do tipo documental e acontecerá no Arquivo do Programa de Cuidados Farmacêuticos, na Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, em Campina Grande-PB. A referida pesquisa será para implementar um consultório farmacêutico para realização de serviços clínicos em prol da melhoria da qualidade de vida e adesão farmacoterapêutica dos pacientes da Unidade Básica de Saúde. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, toda a documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em papel) a esta instituição sediadora da pesquisa que também arquivará por cinco anos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Campina Grande-PB, 15 de dezembro de 2021.

Maria Elisete de Medeiros Costa

ANEXO G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Implementação de consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde de Campina Grande-PB”**, sob a responsabilidade de: Thayse Maria Barbosa Soares e da orientadora Maria do Socorro Ramos de Queiroz, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A atuação clínica do farmacêutico pode ser realizada em todos os níveis de atenção à saúde, estabelecendo cuidado direto ao paciente através de orientações quanto ao uso racional de medicamentos, otimização da farmacoterapia quando necessário, promoção de educação em saúde, além de realizar outras atribuições que lhes são conferidas.

No consultório farmacêutico as ações clínicas direcionam-se para o cuidado à saúde do paciente e aos resultados desejados com o tratamento, através da prevenção de doenças e outros problemas de saúde. O acompanhamento farmacoterapêutico surge em relevância em casos de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, tendo em vista que, no geral, essas duas doenças necessitam da utilização duradoura de diferentes medicamentos, podendo gerar problemas na adesão ao tratamento e demandam orientações acerca dos hábitos de vida para melhor alcance de resultados.

O serviço de farmácia clínica busca promover educação em saúde possibilitando aos pacientes condições de melhor compreensão de suas enfermidades e da importância da adesão ao tratamento, para assegurar eficácia

terapêutica. Através da assistência farmacêutica vinculada aos demais profissionais nos atendimentos de atenção primária à saúde, o conjunto de atividades desenvolvidas conduz e dá suporte ao paciente no cuidado à sua saúde e na observação dos resultados do tratamento.

Essa pesquisa tem por objetivo principal **implementar um consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde de Campina Grande/PB para realização de serviços clínicos farmacêuticos em prol da melhoria da qualidade de vida e adesão farmacoterapêutica.**

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, espera-se contribuir com a equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde Bonald Filho, em Campina Grande-PB no manejo das enfermidades dos pacientes assistidos pelo projeto de extensão PROCUIDAF da UEPB e dos encaminhados pela unidade básica de saúde, por meio intervenções farmacêuticas.

Sua participação neste estudo não infringe as normas legais e éticas, não oferece riscos à sua dignidade e não gera nenhuma despesa. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O risco existente nessa pesquisa se classifica como mínimo porque não haverá intervenção por fatores físicos, psicológicos, morais e financeiros, apenas coleta de dados em fichas. Para diminuir o constrangimento, todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais e só serão utilizadas neste estudo. Somente a equipe de pesquisa terá conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados do estudo. As informações prestadas pelo (a) Sr.(Sra.) não serão divulgadas individualmente e nem servirão a outro propósito que não o de fornecer informações para melhoria e qualificação da gestão e do cuidado prestado aos usuários do SUS.

Ao final do estudo, o (a) Sr. (Sra.) será informado (a) sobre os principais resultados e conclusões obtidas. Ao participar, o (a) Sr.(Sra.), se for identificado nas prescrições médicas registradas nos prontuários algum erro será comunicado a equipe multidisciplinar para solucionar garantindo assim um tratamento farmacológico mais eficaz.

Além dos benefícios acima citados, essa pesquisa também proporcionará um melhor atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde e de uma

gestão mais eficaz para o controle e enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis.

O seu conhecimento e experiência serão essenciais para o êxito de um diagnóstico que sirva ao desenvolvimento de ferramentas de apoio especificamente voltadas à prevenção de reações adversas a medicamentos.

O pesquisador me garantiu que:

- A minha participação é inteiramente voluntária e não remunerada.
- Poderei me recusar a participar ou retirar o meu consentimento a qualquer momento da realização do estudo ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo
- Poderei me recusar a responder qualquer pergunta existente nos instrumentos de coleta de dados.
- Terei acompanhamento e assistência durante o desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro por participar desta pesquisa ou qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e também não receberei pagamento algum. Entretanto, caso necessite me deslocar por causa exclusivamente da pesquisa ou tenha algum prejuízo financeiro devido a participação do estudo, serei ressarcido.
- Todos os encargos financeiros, se houver, serão de responsabilidade do pesquisador responsável. E que caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da minha participação da pesquisa, serei indenizado,
- As informações coletadas serão utilizadas apenas para a pesquisa e poderão ser divulgadas em eventos e publicações científicas, porém minha identificação será resguardada.

A qualquer momento o (a) Sr. (Sra.) poderá obter maiores informações entrando em contato com **Maria do Socorro Ramos de Queiroz**, através dos telefone **83-988589666** ou através dos e-mail: **queirozsocorroram@gmail.com**, ou do endereço: **Rua: José de Alencar, 286, bairro Prata, Campina Grande-PB, cep: 58.400.500**. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande

– PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).

() Declaro que fui devidamente informado (a) sobre a pesquisa e aceito participar voluntariamente

() Declaro que fui devidamente informado (a) sobre a pesquisa e NÃO aceito participar

CONSENTIMENTO:

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “**Implementação de consultório farmacêutico em uma unidade básica de saúde de Campina Grande-PB**” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Participante

Maria do Socorro Ramos de Azevedo

Assinatura do Pesquisador



Impressão dactiloscópica