



**CENTRO
UNIVERSITÁRIO**

Centro Universitário FAG

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DA
FARMACOTERAPIA EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Cascavel

2017

JULIANA CATANEO

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DA
FARMACOTERAPIA EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Centro Universitário da Fundação Assis
Gurgacz, FAG, Curso de Farmácia.

Profa. Orientadora: Suelem Tavares da
Silva Penteado.

Cascavel

2017

JULIANA CATANEO

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DA
FARMACOTERAPIA EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS**

Trabalho apresentado no Curso de Farmácia do Centro Universitário FAG, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia, sob a orientação da Professora Suelem Tavares da Silva Penteado.

BANCA EXAMINADORA

Suelem Tavares da Silva Penteado
Orientadora

Nome do 1º Professor Avaliador

Nome do 2º Professor Avaliador

Cascavel, de Novembro de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, filho, esposo, irmãos e principalmente aos meus pais, por acreditarem e investirem no meu sonho, por me acompanharem em toda essa caminhada, dando força nos momentos difíceis, apoio e amor.

AGRADECIMENTOS

A lista de agradecimentos é grande, portanto quero começar agradecendo a Deus, pela força e coragem em toda esta longa caminhada, por sempre me abençoar e iluminar em todos os momentos, principalmente os momentos difíceis e de dúvidas, direcionando meus passos para que fizesse a melhor escolha. Sem dúvida a Ele agradeço por todas as vitórias e conquistas alcançadas durante toda a minha vida.

Agradeço em especial aos meus pais, Paulo e Lourdes, por sempre estarem ao meu lado, apoiando os meus sonhos, por se dedicarem e fazerem o possível para que pudessem tornar realidade. Agradeço pelas palavras de incentivo quando às vezes quis desistir, pelos exemplos de vida, pelos excelentes pais que vocês são, muito obrigada!

Agradeço a meu filho, Theodoro, o melhor presente que Deus poderia me dar. Você tão pequeno, mas de um poder enorme, com você amadureci, e todas as vezes que pensei em desistir, você era e sempre será o principal motivo que me dará mais forças para continuar. Te amo incondicionalmente filho.

Agradeço também ao meu esposo, Cael que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, não esquecendo também de agradecer aos meus irmãos Diego e Diana, irmãos mais velhos que sempre me serviram de exemplo. E a toda a minha família que de alguma forma, com palavras ou gestos me incentivaram a concluir esta etapa importante da minha vida.

Agradeço a minha querida orientadora professora Suelem Tavares da Silva Penteado, pela paciência, atenção e pela dedicação em me orientar neste projeto, saiba que foi a partir de você, pelo seu amor desta área da nossa profissão que fiquei encantada e também comecei a me apaixonar. Obrigada por tudo prof.!

Agradeço aos coordenadores do curso Patrícia Stadler Rosa Lucca e Giovane Douglas Zanin e todos os professores que passaram nesta etapa tão importante, em especial Leyde Peder, Claudinei Mesquita, Emerson Machado, João Ricardo a vocês minha eterna gratidão, pelo apoio e ajuda nos momentos precisos, pelo aprendizado, dedicação, paciência, compreensão, conhecimento, brincadeiras e até puxões de orelha quando foram necessários, vocês são exemplos de grandes profissionais e como grandes pessoas.

Agradeço a Instituição pela infraestrutura de excelente qualidade, sem dúvida importantíssima para o crescimento durante a graduação, como também fará diferença na minha vida profissional.

Claro, que não posso esquecer os meus queridos amigos, Jéssica Deluca, Mariangela Capeleti, Thiago Bandeira, Marcelo Carbone e Jefferson Marinho. Obrigada pelas brincadeiras, às vezes pelas discussões e claro não posso esquecer os micos que passamos. Vocês vivenciaram comigo uma das melhores fases da minha vida, a minha gravidez. Vocês que me acompanharam durante todos esses anos de graduação, a vocês serei eternamente grata por fazerem desses anos os melhores. Galera obrigada por tudo, cada um, com o seu jeito de ser foram essenciais nesta fornada, nunca esquecerei de vocês.

Agradeço também aos colegas de turma que de uma forma ou de outra, serão lembrados e guardados para sempre.

Agradeço a Secretária de Saúde de Cafelândia – PR, Maria Catarina Cardoso Hellmann, pela liberação para a realização do projeto, aos pacientes que fizeram parte do mesmo, sem vocês não seria possível a realização.

Agradeço também a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização do projeto.

SUMÁRIO

1 - REVISÃO DA LITERATURA	07
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
3 - ARTIGO.....	28
NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	52

REVISÃO DE LITERATURA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1988 no Brasil criou-se um sistema, onde o mesmo tornou-se o acesso à saúde um direito aos cidadãos brasileiros, sendo este denominado Sistema Único de Saúde (SUS). Antes da criação do SUS, a população era dividida em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados, os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum (BRASIL, 2009).

Com a implantação deste sistema, houve um aumento no número de beneficiados, sendo de 30 milhões para 190 milhões de brasileiros. Nos dias de hoje, cerca de 80% desse total dependem unicamente do SUS para ter acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes da sua criação a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios (BRASIL, 2009).

O SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira (TEIXEIRA, 2011). Segundo o Ministério de Saúde (2000), o princípio da universalidade à saúde é um direito de todos e é um dever do Poder Público o fornecimento de serviços e ações que lhe assegure. Este princípio coloca a disposição os serviços e ações a todos aqueles que necessitem, enfatizando ações preventivas. O princípio da equidade, significa assegurar ações e serviços a toda a população, seja qual for a sua classe social ou o nível e complexidade, pois perante ao SUS todos cidadãos são iguais. E por fim, o princípio da integralidade que é considerado um dos mais significativos, levando em conta as necessidades específicas das pessoas ou da população.

Este sistema oferece mais de 40 mil unidades básica de saúde, cerca 6 mil hospitais e 60 mil ambulatorios contratados, além de 2.500 centros de atenção psicossocial, mais de mil academias da saúde, entre outros equipamentos distribuídos em todo País. Oferece anualmente mais de 2 bilhões de procedimentos ambulatoriais e mais de 11 milhões de internações hospitalares. Realiza 10 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia, mais de 200 mil cirurgias cardíacas e mais de 150 mil vacinas a cada ano. Desenvolve programas que são referência internacional, como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/AIDS e o Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos, com a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos de saúde do mundo (24 mil em 2012). O SUS também provê para o conjunto da população brasileira serviços de vigilância sanitária, de alimentos e de vigilância epidemiológica, além de programas universais de acesso a medicamentos, entre tantos outros (MENDES, 2013).

O SUS tem passado por constante aperfeiçoamento, para a melhoria do sistema e consequentemente a melhoria ao atendimento a população, estas mudanças são vistas principalmente na atenção primária (MENICUCCI, 2009).

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Assistência Farmacêutica é considerada um serviço essencial para que a atenção à saúde da população que utiliza o sistema de saúde brasileiro seja ofertada de maneira integral e que o acompanhamento dos mesmos seja constante (VILAÇA, 2011). Devendo ser completo e estando de acordo com os princípios das políticas nacionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Entende-se como componentes da assistência farmacêutica a sua gestão técnica, sendo esta um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes, focadas na qualidade, no acesso e uso racional de medicamentos, e a gestão clínica do medicamento, com foco principalmente no paciente e nos resultados terapêuticos (LOMBARDI, 2016).

As diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (CONSELHO..., 2004) são aplicadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos serviços farmacêuticos, como um conjunto de ações no sistema de saúde, que buscam garantir uma atenção integral, coordenada, contínua, segura e efetiva às necessidades e aos problemas de saúde dos usuários, das famílias e da comunidade (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

Segundo o Brasil (2004) e Vilaça (2010) os serviços prestados pela assistência farmacêutica englobam desde ações logísticas até ações assistenciais da farmácia clínica e farmacovigilância. Além disso, segundo a portaria nº 4.279/2010, a assistência farmacêutica é vista como um dos sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), juntamente com o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e de informação em saúde, focando na garantia de acesso e ao uso racional de medicamentos (BRASIL, 2010b; VILAÇA, 2011).

Diante disso seu funcionamento busca ser eficaz e implantado no atual sistema de saúde do Brasil. Esta atividade vai além do ciclo voltado ao medicamento apenas, ela inclui também o cuidado ao paciente na farmacoterapia garantindo um acompanhamento, para que assim possa se obter resultados positivos e uma melhoria na qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; BRASIL, 2014).

Além de tudo já citado anteriormente, a assistência farmacêutica é considerada importante também no setor financeiro, como principal função propiciar o uso racional dos medicamentos diminuindo gastos, bem como no setor produtivo, na inovação e no desenvolvimento tecnológico (BRASIL, 2012a).

A partir de consultas em literaturas pode-se observar que o acesso ao medicamento apenas não é o suficiente, pois muitas vezes ocorre a não adesão ao tratamento farmacológico prescrito, e como consequência o insucesso do tratamento, consequentemente isto gera gastos adicionais e desnecessários. Assim, pode-se observar que a assistência farmacêutica é de grande importância não apenas no abastecimento de medicamentos (BRASIL, 2012a).

No Brasil, a inclusão da assistência farmacêutica no campo das Políticas Públicas deu-se por meio da publicação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), tendo como principais finalidades:

- A promoção do uso racional dos medicamentos.
- A garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.
- O acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Por fim, pode-se concluir que a assistência farmacêutica exerce um importante papel na Atenção Básica à Saúde, buscando garantir o acesso e o incentivo do uso racional de medicamentos. Apresentando como objetivo a relação com o paciente, organizada de acordo com a complexidade e necessidade da população assistida (BRASIL, 2012).

CUIDADO FARMACÊUTICO, FARMÁCIA CLÍNICA, SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA

Segundo o Brasil (2014), o cuidado farmacêutico integra ações de educação em saúde, onde propõe atividades educacionais para a equipe de saúde bem como atividades de promoção à saúde de caráter geral, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento de atividades assistenciais e tecnicopedagógicas. Assim o farmacêutico estabelece uma ação integrada com a equipe de saúde, voltada ao usuário, para proporcionar-lhes a promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, visando à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e como também aqueles não prescritos, terapias alternativas e complementares, através dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde.

Um estudo realizado em Nova Iorque em atenção primária mostrou que médicos não possuíam conhecimento sobre a atuação do farmacêutico na revisão da farmacoterapia, ou o que ela oferecia como benefício ao paciente. Assim, a comunicação entre os serviços prestados pela equipe era insuficiente para que o trabalho fosse considerado colaborativo entre eles. Este quadro é revertido a partir do momento em que a habilidade do farmacêutico nessas atividades é efetiva,

trazendo desfechos em saúde positivos para o paciente e uma relação de confiança é estabelecida com os médicos (ARYA, 2013). O trabalho colaborativo entre farmacêuticos e demais profissionais de uma mesma equipe de saúde têm mostrado resultados positivos para pacientes em diversos pontos de atenção à saúde, como na orientação na alta hospitalar (HOLLAND, 2015), farmácia comunitária (HERRERA) pacientes internados (CAVANAUGH, 2015), e clínicas de saúde da família (CARTER, 2002).

Essas ações são desenvolvidas no interior dos pontos de atenção à saúde, tanto na atenção primária, secundária como também na atenção terciária, de forma colaborativa com toda a equipe de saúde, e situam-se no campo do uso racional dos medicamentos (ARAUJO; UETA; FREITAS, 2005; SOLER et al., 2010; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; GOMES et al., 2010). A participação ativa do farmacêutico nas equipes multiprofissionais é vista como necessidade para um novo modelo de atenção às condições crônicas e para melhoria dos resultados em saúde, particularmente no nível dos cuidados primários (MENDES, 2012).

Na atenção básica, o cuidado farmacêutico aos pacientes que utilizam medicamentos é realizado por meio dos serviços de clínica farmacêutica. Onde se estabelece ações visando a melhoria da saúde, construída a partir de uma relação entre o profissional e o usuário do serviço, exigindo do profissional farmacêutico habilidade, competência, reflexão, atitude e autonomia, atuando integradamente à equipe de saúde, visando à promoção do uso racional dos medicamentos (Brasil, 2014).

O cuidado farmacêutico avalia o usuário em sua integralidade, condição clínica ou farmacoterapia definida, sem discriminação de especialidade. Assim, farmacêutico pode se tornar o profissional de referência a estes pacientes dentro da atenção primária, se responsabilizando pelo paciente, não transferindo-lhe para outros pontos de atenção à saúde, mas sim fornecendo seu projeto terapêutico (CAMPOS, 1999).

Diferente de outros serviços prestados pelo farmacêutico, o serviço de cuidado farmacêutico apresenta como prioridade o paciente, ao contrário de outros que priorizam o medicamento. Mesmo que a preocupação seja relacionada a problemas na farmacoterapia do paciente, o foco principal deve ser a saúde e o bem-estar do paciente de maneira geral. É muito importante que o farmacêutico clínico tenha o entendimento de que a sua atividade favorece a possibilidade de que ele se torne o responsável pela prevenção e promoção em saúde (BRASIL, 2014).

Nos anos 60 iniciou-se a prática da farmácia clínica, primeiramente dentro de hospitais, e atualmente são encontrados em vários níveis de atenção à saúde (CORRER, 2013), abrangendo tanto atividades de suporte a equipe e o fornecimento de informações sobre medicamentos, quanto o cuidado direto ao paciente (PHARMACOTHERAPY, 2008).

O farmacêutico na atenção primária à saúde desempenha atividades variadas, visando à melhoria na eficácia à gestão terapêutica, ofertando o serviço, a população e o ensino para realizar a gestão dos casos, acompanhamento na adesão aos tratamentos com medicamentos, concordância de medicamentos, atendimento farmacêutico a demanda espontânea, dispensação especializada, visitas domiciliares, participações em grupos operativos/educativos, e a difusão de informações para a promoção do uso racional de medicamentos (LEAL, 2010).

Diante de problemas relacionados à farmacoterapia o farmacêutico tem a obrigatoriedade de solucionar os mesmos por meio de intervenções farmacêuticas. Tais intervenções são normalmente realizadas após a identificação destes problemas, sendo realizada diretamente com o paciente ou então cuidador, muitas vezes claramente descritas como efetivas para solucionar os problemas relacionados à farmacoterapia, principalmente quando realizadas combinadas (BUGALHO, 2009; BHATTACHARYA, 2005).

O farmacêutico clínico possibilita o reencontro entre farmacêutico e paciente, exigindo do profissional novas atribuições para que novamente possa se responsabilizar pelo bem-estar do paciente e tornar-se um dos fornecedores de cuidados em saúde, no que se diz respeito ao cuidado multidisciplinar (BRASIL, 2014).

Além disso, é muito importante que farmacêutico tenha a percepção de que a sua profissão, devido as suas atividades que exercem, favorece a possibilidade de que ele se torne um agente de prevenção e promoção em saúde. Para isso, é necessário que ele detenha tanto de conhecimentos técnicos quanto científicos, para que assim possam fundamentar suas decisões clínicas. O farmacêutico deve ser capaz também de compreender criticamente a prática de funcionamento da sociedade, permanecendo atento aos determinantes patológicos que dela emanam e consequentemente, poder agir de maneira a colaborar para uma sociedade mais saudável (BRASIL, 2014).

O atendimento realizado pelo profissional farmacêutico em ambiente ambulatorial significa um encontro terapêutico, em que o farmacêutico deve determinar uma relação de confiança com o paciente, incumbindo-lhe a responsabilidade pelos problemas enfrentados, as suas condições de saúde e seu tratamento. Ainda é necessário reconhecer os limites de atuação do profissional dentro do consultório, a avaliação integral do paciente pelo farmacêutico permite a identificação da necessidade da atuação compartilhada com outros profissionais de saúde, gerando um cuidado interdisciplinar e até transdisciplinar (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Os farmacêuticos precisam estar motivados com a ideia desta nova atividade (a clínica), entendendo a sua importância e estimulando a interação entre a categoria de farmacêuticos clínicos para incentivar sua implantação (BRASIL, 2014).

Os serviços de clínica farmacêutica correspondem às funções do farmacêutico diretamente ligado ao paciente, já as atividades técnico-pedagógicas correspondem a funções ligadas à coletividade (família, comunidade, equipe de saúde). Por fim, as atividades de gerenciamento dos medicamentos correspondem àqueles serviços vinculados diretamente aos medicamentos (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

O serviço de clínica farmacêutica equivale uma parte fundamental do processo de trabalho dos farmacêuticos da Atenção Básica de Saúde (ABS), e caracteriza-se por ser uma intervenção em saúde complexa (WONG, 2004).

Incluem atividades em que o profissional farmacêutico, a partir de uma decisão clínica, procura influenciar de maneira positiva na saúde dos pacientes atendidos (BENRIMOJ et al., 2010). Ou seja, estes serviços atendem às necessidades dos pacientes de forma integral, efetiva, segura e contínua tendo em vista resultados terapêuticos positivos (BRASIL, 2014).

Além disso, englobam ações assistências em torno da atenção à saúde, podendo ser disposto individualmente ou em conjunto com a equipe de saúde. Estas ações incluem a dispensação de medicamentos, a orientação terapêutica ao paciente, acompanhamento farmacoterapêutico, a revisão da farmacoterapia, a combinação de medicamentos e a avaliação e incentivo da adesão terapêutica (CORRER; OTUKI, 2013).

A oferta destes serviços promove ao farmacêutico o controle integral de toda a farmacoterapia, proporcionando assim um maior controle e segurança para o paciente e podendo contribuir para a melhor qualidade de vida (BRASIL, 2014).

Com a introdução de novas práticas, torna-se possível aumentar o cuidado em saúde, tendo conhecimento dos principais problemas relacionados aos medicamentos vivenciados pelos pacientes. Este novo método de trabalho dos farmacêuticos cria novos indicadores úteis aos gestores e aos profissionais da Saúde, tanto aos medicamentos, como também aos resultados em relação à saúde obtidos a partir deles (BRASIL, 2014).

PROJETO PILOTO DE CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nos últimos tempos, diversos estudos vem apresentando que a morbimortalidade relacionada a medicamentos tornou-se um significativo problema de saúde pública. Dados apontam uma alta frequência de problemas relacionados à farmacoterapia, sendo os mais comuns aqueles ligados a não adesão ao tratamento, falha terapêutica, intoxicações, reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas e erros de medicação, os quais produzem um alto impacto sobre a população, no âmbito clínico, humanístico e econômico (SOUZA, 2014; DORMANN, 2004; FERNANDEZ, 2013).

Com o intuito de instaurar e desenvolver serviços voltados ao conceito de Redes de Atenção à Saúde, o Projeto Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde foi implantado no município de Curitiba em 2014, por meio do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS) (BRASIL, 2014).

Este projeto teve como objetivo implementar serviços de clínica farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde de Curitiba, e construir de forma permanente maneiras e mecanismos de integração da produção de saúde, aumentando assim o grau de interconexão entre pontos de atenção (BRASIL, 2014).

O objetivo do programa foi “Contribuir para o processo de aperfeiçoamento, realização e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, tendo em vista uma atenção contínua, segura, integral, responsável e humanizada”. Contando com a organização em quatro eixos: Eixo estrutura, Eixo Educação, Eixo Informação, e Eixo Cuidado. Estes possuíam como objetivo contribuir com a estruturação dos serviços de AF, promover a educação contínua e treinamento dos profissionais de saúde, produzir documentos técnicos, e inserir a AF nas práticas clínicas (BRASIL, 2012).

I – Eixo Estrutura: colabora para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, buscando a compatibilidade com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, os mobiliários e os recursos humanos.

II – Eixo Educação: propiciar a educação constante e a preparação dos profissionais de saúde, para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica direcionadas ao aprimoramento das práticas profissionais, no contexto das Redes de Atenção à Saúde.

III – Eixo Informação: elaborar documentos técnicos e oferecer informações que possibilitem o monitoramento, acompanhamento e a avaliação das ações e dos serviços da Assistência Farmacêutica.

IV – Eixo Cuidado: incluir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas, tendo em vista à resolutividade das ações em saúde, melhorando os benefícios e diminuindo os riscos relacionados à farmacoterapia (BRASIL, 2014).

Com a implantação do serviço de clínica farmacêutica o profissional farmacêutico pode exercer os serviços de cuidado farmacêutico, podendo assim incluir ações de educação em saúde, e ações para promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2014).

Os pacientes atendidos no serviço de clínica farmacêutica podem chegar até o profissional farmacêutico de quatro maneiras, sendo elas:

- Busca ativa: os pacientes são identificados no momento da entrega dos medicamentos ou por seus prontuários, e então o farmacêutico agenda a consulta;

- Alta hospitalar recente: farmacêuticos hospitalares em contato com farmacêuticos nas UBS, assim encaminhando os indivíduos após alta hospitalar para acompanhamento na atenção primária;

- Encaminhamentos realizados por membros da equipe de saúde: qualquer outro profissional da equipe pode encaminhar um paciente para atendimento se considerar necessário, e então a consulta é agendada, podendo ser marcada pelo profissional ou então passada ao farmacêutico para que ele agende (BRASIL, 2014; CORRER, 2014).

As consultas são realizadas em um lugar apropriado, privada e de forma individual, e as consultas também podem ser compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde, quando julgar necessário (LOMBARDI, 2016).

Durante a consulta o farmacêutico possui acesso a diversas fontes de dados clínicos do paciente, podendo estes ser os seguintes:

- Prescrições de medicamentos;
- Lista de medicamentos ou sacola de medicamentos;
- Histórico de retirada de medicamentos na unidade;
- Exames laboratoriais;
- Dados de auto monitoramento trazidos pelo paciente;
- Testes de avaliação da adesão a farmacoterapia;
- Testes rápidos e aplicados no consultório;
- Testes rápidos e aplicados no consultório;
- Testes funcionais ou físicos;
- Teste de saúde mental ou cognitiva;
- Anamnese e entrevista com o paciente;
- Prontuário do paciente (via sistema de prontuário eletrônico);
- Relatório ou sumário de alta hospitalar trazido pelo paciente;
- Contato direto com outro profissional da saúde para obtenção de informações (CORRER, 2014).

ETAPAS

O método clínico é executado aos usuários atendidos pelos farmacêuticos, consiste nas etapas do processo de cuidado em saúde, sendo estas divididas em quatro etapas: coleta e organização dos dados relacionados a identificação e história de saúde do paciente; avaliação e identificação de problemas relacionados a farmacoterapia; elaboração e concordância de um plano

de cuidado pelo farmacêutico e paciente; e seguimento individual, quando for necessário (CORRER, 2013).

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; e o seguimento individual do usuário, quando necessário (CORRER; OTUKI, 2013).

ACOLHIMENTO DO USUÁRIO, COLETA E ORGANIZAÇÃO DE DADOS

O cuidado farmacêutico inicia a partir da coleta de dados do paciente. Realizada por meio de uma anamnese farmacológica. São imprescindíveis também os dados de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas, entre outros dados pertencentes ao prontuário do usuário. Quanto mais informações o profissional farmacêutico obter sobre o paciente, mais completa poderá ser sua intervenção. No entanto, a necessidade de aprofundamento da coleta de dados depende do perfil de usuário atendido e do objetivo primário estabelecido para a consulta (BRASIL, 2014).

AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA

Diante das informações necessárias sobre o usuário, o farmacêutico deve estudar o caso de cada paciente, a fim de avaliar e identificar todos os problemas relacionados à farmacoterapia dos mesmos (BRASIL, 2014).

O objetivo é ajudar os pacientes a cumprirem suas metas terapêuticas e a obterem o máximo benefício dos medicamentos. Trabalhar com problemas relacionados à farmacoterapia demanda ao farmacêutico uma visão ampla do uso do medicamento e dos processos da farmacoterapia. Como também uma abordagem integral do paciente, da sua família e de suas relações sociais, tendo uma postura voltada para o cuidado e não para o produto (CORRER; OTUKI, 2013; CORRER; NOBLAT; DE CASTRO, 2011).

DELINEAMENTO DE UM PLANO DE CUIDADO COM O USUÁRIO

Nesta etapa, o paciente já foi avaliado e todas as informações necessárias foram coletadas. O farmacêutico reavaliou toda a farmacoterapia e identificou problemas presentes e seus riscos. O objetivo desta etapa é determinar com o paciente como desempenhar adequadamente seus

problemas de saúde, utilizando tudo que deve ser feito para que o plano seja cumprido (CORRER; NOBLAT; DE CASTRO, 2011).

O sucesso depende, grande parte, da qualidade da interlocução do farmacêutico com o paciente e também com a equipe de saúde, para que assim seja alcançado seus objetivos e metas terapêuticas (BRASIL, 2014).

SEGUIMENTO INDIVIDUAL DO USUÁRIO

Nas consultas de retorno, o farmacêutico tem a oportunidade de verificar as alterações de comportamento do paciente, na prescrição médica, nos exames laboratoriais, no relato do usuário sobre seus sintomas e seu estado funcional. Medidas farmacológicas e não farmacológicas podem ser implementados. O plano de cuidado implica, um prazo determinado para consultas de retorno (CORRER; OTUKI, 2013; CORRER; NOBLAT; DE CASTRO, 2011).

O intervalo entre a primeira consulta e o retorno deve ser o bastante para a evolução da farmacoterapia em relação à efetividade e de segurança (CORRER; OTUKI, 2013). Cabe acentuar o processo como um todo não deve ser executado somente pelo farmacêutico, mas também por uma equipe multiprofissional de saúde (BRASIL, 2014).

DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus é considerado atualmente, um dos principais problemas de saúde, no que se diz respeito tanto ao número de pessoas portadoras desta doença, gerando incapacidade e mortalidade, quanto ao elevado custo ao governo para o controle e tratamento de suas possíveis complicações (PACE, 2003).

Desde o início do século XXI esta doença tem sido um dos mais importantes problemas médicos e de saúde pública. O motivo para o aumento de casos no mundo, está correlacionada à mudanças do estilo de vida, fenômenos de urbanização e industrialização, alterações demográficas, maior expectativa de vida e, em certos países, com o acelerado crescimento de populações com características raciais e étnicas mais propensas à doença (FLORES, 2005).

Ela é considerada a quarta causa de morte no Brasil. Acredita-se que, no País, existem mais de cinco milhões de pessoas diabéticas, sendo que 50% não conhecem o diagnóstico, onde a maioria acomete pessoas com idade de 30 a 69 anos (FRANCO, 1992).

O diabetes é uma doença reconhecida pelo aumento da glicose no sangue (hiperglicemia), classificada uma doença crônica na qual o corpo não produz insulina ou não consegue empregar

adequadamente a insulina que produz. Hormônio produzido pelo pâncreas, pelas chamadas células beta (SBEM, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O pâncreas é um órgão localizado atrás do estômago que fabrica alguns hormônios considerados importantes para nosso sistema digestivo. Em condições normais quando o nível de glicose no sangue sobe, células diferenciadas, chamadas beta, produzem a insulina, de acordo com as necessidades do organismo naquele momento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Os sintomas clássicos são: polidipsia, poliúria, perda ponderal de peso polifagia e estes podem estar presentes em ambos tipos de diabetes, porém são mais presentes no diabetes do tipo 1. O tipo 2 costuma ter evolução falsa e sem sintomas, tendo muitas vezes seu diagnóstico feito pela presença de complicações tardias desta doença (REGULASUS, 2016).

CLASSIFICAÇÃO

As duas principais formas de diabetes mellitus em existência, predomínio e importância clínica são de origem genética. São classificadas em diabetes do tipo 1 e do tipo 2 (OLIVEIRA, 2006).

- Diabetes tipo I

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, (2017) em algumas pessoas, o sistema imunológico ataca erroneamente as células beta. Contudo, pouca ou até mesmo nenhuma insulina é liberada para o organismo. Como resultado, a glicose fica no sangue, em vez de ser utilizada como energia por ele. Este processo que caracteriza a diabetes do tipo, que acomete cerca de 5 e 10% do total de pessoas com a doença. Aparece geralmente na infância ou na adolescência, no entanto pode ser diagnosticado em adultos também. Normalmente é tratada com insulina, medicamentos, planejamento alimentar e atividades físicas, para ajudar a controlar o nível de glicose no sangue.

- Diabetes tipo II

O tipo 2 surge em decorrência do organismo não conseguir utilizar adequadamente a insulina que produz, ou então não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicemia. Cerca de 90% das pessoas com diabetes são diagnosticadas com este tipo de diabetes. Normalmente acomete adultos, mas em crianças também podem apresentar. Dependendo da gravidade, o nível de glicose pode ser controlado só com atividade física e planejamento alimentar. Em outros casos, exige o uso de insulina e/ou outros medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

- Outros tipos

Além do que já foi mencionado há também entre o tipo 1 e o tipo 2, o Diabetes Latente Autoimune do Adulto (LADA). Algumas pessoas diagnosticadas com o tipo 2 desempenham um processo autoimune contra as células beta do pâncreas e acabam perdendo-as. Também existe o diabetes gestacional, sendo esta temporária, que acomete as grávidas. Afeta cerca de 2 e 4% das gestantes e provoca um elevado risco ao desenvolvimento posteriormente de diabetes tanto para a mãe como para o bebê (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

DIAGNÓSTICO

De acordo com a Sociedade Americana de Diabetes (2014), atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de diabetes mellitus utilizando a glicemia:

- Sintomas como poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl. Entende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições.
- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia.
- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl.

O teste de tolerância à glicose deve ser realizado com os cuidados preconizados pela OMS, com coleta para diferenciação de glicemia em jejum e 120 minutos após a ingestão de glicose.

TRATAMENTO

A Associação Americana de Diabetes (2003) recomenda como meta de controle glicêmico níveis de 120 mg/dl de glicose no sangue, e que o limite superior de glicose em jejum seja inferior a 140 mg/dl, para atingir a manutenção de um controle aceitável. De fato, a maioria dos endocrinologistas inicia o tratamento com agentes orais quando o nível de glicose plasmática está acima de 160 mg/dl, esse nível poderia elevar o risco de desenvolvimento das complicações crônicas da doença, como consequência da manutenção de um estado de hiperglicemia cronicamente sustentado.

Segundo Oliveira (2006), no tratamento do paciente diabético, a primeira questão a ser definida é o objetivo a ser atingido no controle glicêmico. Mas, para tanto, é fundamental a análise global do paciente, com o diagnóstico do tipo de diabetes na classificação da síndrome, o nível

educacional, as condições sociais, econômicas e emocionais, a idade, o tempo de evolução da moléstia, o nível da glicemia, a presença de complicações, entre outras, que deverão ser analisadas e consideradas de maneira criteriosa.

Oliveira (2006), ainda afirma que podem ser adotadas medidas não medicamentosas como também as medicamentosas. Ambas poderão ser aplicadas de forma isolada ou em conjunto, levando em consideração as características individuais do paciente e da enfermidade. Quando o paciente tem diabetes do tipo 1, devemos estar preparados para, na maioria das vezes, iniciar insulina na primeira consulta, em conjunto com as medidas não-medicamentosas. Já entre os pacientes com diabetes do tipo 2, na fase inicial da enfermidade, quando em mais de 80% das vezes estão acima do peso, na dependência do valor da glicemia, a conduta inicial terapêutica pode ser baseada nas medidas não-medicamentosas.

O tratamento tem por objetivo preservar os níveis de glicose, em valores que não provoquem lesões em órgãos considerados importantes, diminuindo o risco de complicações neurológica, renais, oculares, cardiovasculares e de micro circulação periférica (BRASIL, 2001).

IMPORTANCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM PACIENTES PORTADORES DA DIABETES MELLITUS

De acordo com Plácido, Fernandes e Guarido (2009), a Atenção Farmacêutica é uma ferramenta importante para o acompanhamento farmacoterapêutico, visto que o paciente diabético necessita ser amparado, pois esta é uma doença complexa, que envolve cuidados com esquema posológico, armazenamento de insulina, mudanças de hábitos de vida, entre outros cuidados.

Silva e Prando (2006) atestam que diversos estudos foram realizados para demonstrar que a prática da Assistência Farmacêutica, tanto no Brasil, quanto em vários outros países, trouxeram resultados satisfatórios em relação aos custos, qualidade e adesão ao tratamento proposto.

Clifford e colaboradores (2005), examinaram o efeito de um programa de Assistência Farmacêutica no fator de risco vascular no diabetes tipo 2, durante um período de doze meses, abrangendo 198 pacientes da comunidade. O autor concluiu que, tanto para a glicemia, como para a pressão arterial, o envolvimento do farmacêutico contribuiu para a melhoria dos pacientes, independentemente das mudanças farmacoterapêuticas utilizadas, e que também o cuidado farmacêutico pode ser considerado um valioso componente multidisciplinar no cuidado do diabetes.

Flores (2005) avaliou o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico como ferramenta no controle glicêmico do paciente diabético tipo II no Município de Ponta Grossa – Paraná. Neste estudo, foram acompanhados 59 pacientes por um período de 6 meses onde foram realizadas orientações farmacêuticas individuais, palestras educativas com diversos profissionais da área da

saúde, exames glicêmicos mensais e dosagem da hemoglobina glicada no início e ao final do acompanhamento. O grupo que sofreu a intervenção (acompanhamento) farmacêutica apresentou uma redução das taxas glicêmicas em aproximadamente 50mg/dl e da hemoglobina glicada de 8,8% $\pm$ 2,4 para 6,2% $\pm$ 1,8.

Mehuys et al (2010) realizou um estudo randomizado e controlado em 66 farmácias por um período de 6 meses. O grupo controle recebeu as intervenções farmacêuticas habituais e o grupo intervenção recebeu intervenções farmacêuticas pré definidas por um protocolo que abordava ações educativas sobre o DM tipo 2 e suas complicações, educação sobre uso correto dos medicamentos, adesão ao tratamento, estímulo para um estilo de vida saudável pela prática de exercícios físicos, dieta, cessação do tabagismo e também cuidado com os olhos e pés. Os farmacêuticos responsáveis pelo grupo intervenção também receberam uma formação a respeito da fisiopatologia do DM e seu manejo no tratamento não farmacológico e farmacológico. Os resultados do estudo mostraram que o grupo intervenção obteve uma redução de HbA1c em 0,6%, uma melhora significativa nos conhecimentos a respeito do DM, um aumento na prática de exercícios físicos e dieta, e maior cuidado com os pés. Os pacientes cujas medicações foram alteradas no grupo intervenção obteve uma maior redução da glicemia de jejum (-32 ± 1 mg/dL) e na HbA1c (-1,05%).

Machado-Alba e colaboradores (2011) realizaram intervenções farmacoterapêuticas por 19 meses com objetivo de avaliar a efetividade do seguimento farmacoterapêutico no controle dos pacientes com DM tipo 2. Inicialmente, foi realizada uma entrevista e uma revisão da história clínica do paciente utilizando o método Dáder. O estudo teve uma amostra de 143 pacientes (64 grupo intervenção e 79 grupo controle). A HbA1c inicial foi de 7,7% (grupo intervenção) e 7,8% (grupo controle), sem melhora significativa até o final do estudo 7,4% (grupo intervenção) 7,8% (grupo controle). No que diz respeito a glicemia de jejum, o grupo controle obteve uma redução (22 mg/dl), mas ao final do estudo, a mesma permaneceu elevada (124 mg/dl). As comorbidades mais prevalentes no grupo foi a hipertensão arterial (81,1%) e dislipidemia (62,9%). Cerca de 50,4% RNMs identificados estavam relacionados a eficácia e 31,3% à necessidade. De acordo com as análises dos custos, os autores estimaram que o custo médio do paciente do grupo controle foi 1,4 vezes maior do que o paciente do grupo intervenção. Em semelhança aos resultados obtidos por Obreli-Neto e colaboradores (2011), não apresentaram melhora clínica significativa os pacientes que receberam cuidados farmacoterapêuticos, mas verificaram uma redução nos custos de saúde.

Através da Assistência farmacêutica, houve um aumento na efetividade do tratamento com medicamentos. O profissional farmacêutico inclui uma série de atitudes, comportamentos, corresponsabilidades, habilidades na prestação da farmacoterapia, visando alcançar resultados eficientes e seguros para prevenção, informação sobre problemas relacionados a medicamentos (PRM), podendo assim, contribuir para a saúde e uma melhor qualidade de vida do paciente.

(OLIVEIRA et al.,2005). Permitindo também que possa desempenhar o seu papel, em uma equipe multiprofissional, e mostrar sua importância (MARAS, 2017).

Segundo Flores (2005) o farmacêutico deve “responsabilizar-se com o paciente para que o medicamento, prescrito pelo médico, tenha o efeito desejado”.

O farmacêutico sempre deve estar em alerta para que, no período do tratamento reações adversas aos medicamentos (RAMs) sejam diminuídas e, no caso de apareçam, que se possa resolvê-las imediatamente. Por fim, a atenção farmacêutica trata o paciente sendo o mais importante beneficiado das ações do profissional farmacêutico tendo em vista resultados terapêuticos positivos e definidos (FAUS; MARTINEZ, 1999).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTOWAIJRI A, PHILLIPS CJ, FITZSIM M. D. **A systematic review of the clinical and economic effectiveness of clinical pharmacist intervention in secondary prevention of cardiovascular disease.** J Manag Care Pharm 2013; 19: 408–16.

AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. **The definition of clinical pharmacy.** Pharmacotherapy 2008; 28: 816–7.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus.** Diabetes Care. 2014; 37:S81-90.

ANGONESI, D.; G. SEVALHO, G. **Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010; v. 15, p. 3603-14.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. **Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde.** Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, 2005; v. 26, n. 2, p. 87-92.

ARYA V, PINTO S, SINGER J. **Understanding awareness of pharmacist-led medication therapy management among primary care physicians in New York City, Part II: Findings and implications.** J Med Pract Manage 2013; 29:187–94.

BENRIMOJ C, FELETTTO E, GASTELURRUTIA A, MARTINEZ F, FAUS M. **A holistic and integrated approach to implementing cognitive pharmaceutical services.** 2010.

BHATTACHARYA D. **Indications for Multi compartment Compliance Aids (MCA) - also known as Monitored Dosage Systems (MDS) - provision.** Norwich, 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013. Seção 1, p. 186-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Brasília, 2012. 25 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; DATASUS. **Informações de Saúde: epidemiológicas e demográficas**. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acessado em: 14/04/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno 1: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf Acessado em: 05/04/2017.

BRASIL. Portal Brasil. **SUS**. 2009. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2009/12/sus; Acessado em: 30/01/2017.

BUGALHO A, CARNEIRO A. V. **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas**. Lisboa, 2004. Disponível em: <http://cembe.org/avc/docs/NOCdeAdes%C3%A3oPatologiasCr%C3%B3nicas>. 2004.pdf Acessado em: 04/05/2017.

CAMPOS G. W. DE S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Cien Saude Colet 1999; 4. doi:10.1590/S1413-81231999000200013

CARTER BL, ARDERY G, DAWSON JD, JAMES P A, BERGUS GR, DOUCETTE WR *et al* **Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control**. Arch Intern Med. 2009; 169: 1996–2002.

CAVANAUGH JJ, LINDSEY KN, SHILLIDAY BB, RATNER SP. **Pharmacistcoordinated multidisciplinary hospital follow-up visits improve patient outcomes**. J Manag care Spec Pharm 2015; 21: 256–60.

CIPOLLE, R.J.; SRAND, L.M.; MORLE, P.C. **O Exercício do Cuidado Farmacêutico**. McGraw-Hill, Brasília. 396 p. 2006.

CLAUMANN, R.C.N. **O farmacêutico e a atenção farmacêutica no novo contexto da saúde**. 2003. 95f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

CLIFFORD, R. M. et al. **Effect of a pharmaceutical care program on vascular risk factors in type 2 diabetes.** Diabetes Care, 2005; v. 28, p. 771-776.

CORRER C. J. **Implantação de serviços farmacêuticos clínicos integrados à atenção primária à saúde na rede de atenção à saúde de Curitiba.** 2014.

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

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. **Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, 2011; v. 2, n. 3, p. 41-49.

DELAPORTE. T. R. M.; TASCA. R. S. **Abordagem sobre cuidado farmacêutico – definição, processo de cuidado e suas principais características.** Disponível em: www.ccs.uem.br/anais_II_congresso/Posters/Farmacia/Poster137.PDF Acessado em: 10/02/2017.

FAUS, M.J.; MARTINEZ, F. **Lá atención farmacêutica em farmácia comunitária: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta em marcha.** Pharm Care, 1999; v. 1, n esp., p 55-60.

FIP - International Pharmaceutical Federation. **Evidence of primary care pharmacists' impact on health.** Disponível em: <<http://www.farmacija.org/dokumenti/Appendix.pdf>>. Acessado em: 01/04/2017.

FLORES, C.M.; **Avaliação da Atenção Farmacêutica ao paciente diabético tipo 2 no Município de Ponta Grossa,** 2005.

GOMES, C. A. P. et al. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: FUNED, 2010. 144 p.

HERRERA M. R.; ESTRADA A. J. I., RESTREPO J. A. M. **Association between the evaluation by a patient care team and compliance with the claim of drugs in pharmacy.** Farm Hosp órgano Of expresión científica la Soc Española Farm Hosp, 2015; 39: 6–12.

HOLLAND D. M. **Interdisciplinary collaboration in the provision of a pharmacist-led discharge medication reconciliation service at an Irish teaching hospital.** Int J Clin Pharm, 2015; 37: 310–9.

LEAL A, FÁTIMA M DE, IV F, MARIA R, ALBERTO C, GOMES P. **Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família** Clinical pharmaceutical assistance in primary care services offered through. 2010; 91: 37–45.

LOMBARDI. N. F.; **O serviço de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde do município de Curitiba – PR.** Universidade Federal do Paraná, 2016.

MACHADO-ALBA, E. et al. **Effectiveness the pharmaceutical care in diabetic patients.** Colombia Medica, 2011; v.42, n.1.

MARAS. D. C. M. **Assistência farmacêutica aos portadores de diabetes.** 2017. Disponível em: www.faculdadealfredonasser.edu.br/files/pesquisa/apres.%20oral%20MARRAS,%20Daiana%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20Medeiros.%20Assist%C3%Aancia%20farmac%C3%Aautica%20aos%20portadores%20de%20diabetes.pdf Acessado em: 24/05/2017.

MEHUYS, E. et al **Effectiveness of a community pharmacist intervention in diabetes care: a randomized controlled trial.** Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 2010.

MENDES, E. V. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios.** Estudos avançados, [S.l.], v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200003&lng=p t&nrm=iso>. Acessado em: 13/02/2017.

MENICUCCI T. M. G. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas.** Cad Saude Publica, 2009; 25: 1620–1625.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica nº 16 – Diabetes Mellitus.** 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF Acessado em: 15/05/2017.

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 da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 14 jun. 2012b. Seção 1, p. 19. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html> Acessado em: 22/01/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução n. 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html Acessado em: 20/04/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS – Princípios e Conquistas.** 2000. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf . Acessado em: 28/01/2017.

OBRELI-NETO, ROQUE P. et al. **Effect of a 36-month pharmaceutical care program on pharmacotherapy adherence in elderly diabetic and hypertensive patients.** International journal of clinical pharmacy, 2011.

OLIVEIRA, A.B; OYAKAWA, C.N.; MIGUEL, M.D.; ZANIN, S.M.W & MONTRUCCHIO, D.P. **Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil.** Rev.Bras.Cienc.Farm., 41 (4): 409-413, 2005.

OLIVEIRA, J.E.P.; MILECH, A. **Diabetes Mellitus – Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar.** São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

PACE. A. E.; NUNES. P. D.; OCHOA-VIGO. K. **O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus.** Rev. Latino-Americana em Enfermagem. 2003.

PATEL, P.; ZED, P. J. **Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? Pharmacotherapy**, 2002; v.22, n.7, p.915-23.

PLÁCIDO, V.B; FERNANDES, L.P. S; GUARIDO, C.F. **Contribuição da Atenção Farmacêutica para pacientes portadores de diabetes atendidos no ambulatório de endocrinologia da UNIMAR.** Rev. Bras. Farm; 90(3), 2009.

REGULASUS. **Diabetes Mellitus.** 2016. Disponível em: www.ufrgs.br/tsrs/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/endocrino_resumo_diabetes_TSR_S_20160324.pdf Acessado em: 20/05/2017.

SARTORELLI. D. S.; FRANCO. L. J. **Tendências do Diabetes Mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional.** 2003. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csp/v19s1/a04v19s1 Acessado em: 17/05/2017.

SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **O que é diabetes?** 2016. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/> Acessado em: 18/05/2017.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes**. 2017. Disponível em: www.diabetes.org.br/publico/diabetes/oque-e-diabetes Acessado em: 20/05/2017.

SILVIA, D.D. & PRANDO, L.E. As dificuldades do profissional farmacêutico para implementação da atenção farmacêutica e da farmacovigilância nas farmácias hospitalares e comunitárias. *Infarma*, 2004; 16 (11/ 12) : 85-88.

SOLER, O. et al. Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Farmácia**, 2010, v. 91, n. 1, p. 37-45.

TEIXEIRA. C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. 2011. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf Acessado em: 25/01/2017.

TOSCANO, C.M. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas nãotransmissíveis: diabetes e hipertensão arterial**. *Ciênc. Saúde Col.*, 2004; v.9, n.4, p.885-895.

UNITED KINGDOM. **Department of Health; National Health System. Choosing Health Through pharmacy. A programme for pharmaceutical public health 2005-2015** London; NHS; 2005. Disponível em: http://www.rcn.org.uk/downloads/professional_development/mental_health_virtual_ard/treatments_and_therapies/choosing-health-through-pharmaciespdf.pdf. Acessado em: 15/05/2017.

UNITED KINGDOM - **National Health Service; Aberdeen University; University of East Anglia. Community Pharmacy Management of Minor Illness: MINA Study**. London: Pharmacy Research UK, 2014.

VILAÇA M. E. **As Redes de Atenção à Saúde. 2o Edição. Organização Pan-Americana da Saúde**: Brasília, 2011.

VILAÇA M. E. **As Redes de Atenção à Saúde**. *Cien Saude Colet* 2010; **15**: 2297–2305.

WHO | **Rational use of medicines**. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/ Acessado em: 02/04/2017

WONG, I. C. K. **Randomised controlled trials (RCTs) to evaluate complex healthcare interventions: a case study**. *Pharmacy World & Science*, v. 26, n.5, p. 247-252, 200.

Implantação do serviço de cuidado farmacêutico em uma Unidade Básica de Saúde: identificação de problemas da farmacoterapia em pacientes portadores de Diabetes Mellitus

Juliana Cataneo^{1*} & Suelem Tavares da Silva Penteado²

¹ Acadêmica do curso de Farmácia do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

² Docente, curso de Farmácia do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG)

*Correspondência: Juliana Cataneo, Curso de Farmácia – Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), Avenida das Torres, 500 – Loteamento FAG – 85806-096 – Cascavel – PR, Brasil. Telefone: (45) 9 9999-0789. E-mail: julianacataneo@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar problemas de farmacoterapia em pacientes portadores de Diabetes Mellitus de uma unidade básica de saúde (UBS). Trata-se de um estudo prospectivo de análise quantitativa realizado por meio de consultas farmacêuticas. Os critérios de inclusão foram: paciente residente do município, adultos (≥ 18 anos), cadastrado na UBS, portador de Diabetes Mellitus e que utiliza ≥ 5 medicamentos (polifarmácia). Para a coleta dos dados foram utilizados formulários disponibilizados nos “Cadernos de Cuidado Farmacêutico” publicados pelo Ministério da Saúde. Realizou-se a revisão da farmacoterapia dos pacientes incluídos, buscando identificar problemas relacionados à farmacoterapia. Participaram do estudo 8 pacientes, idade média 61,1 ($\pm 10,8$) anos e 62,5% mulheres. Os pacientes apresentaram média de 6,5 ($\pm 2,8$) condições clínicas, e média de 7,5 ($\pm 3,1$) medicamentos em uso. Verificou-se que 100% dos pacientes apresentaram algum problema de farmacoterapia. Todos os pacientes apresentaram pelo menos um problema envolvendo seleção e prescrição ou monitorização terapêutica. Sete pacientes (87,5%) problema de administração e adesão ao tratamento e 6 pacientes (75%) tratamento não efetivo. O farmacêutico é fundamental no serviço de cuidado ao paciente na identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, com o objetivo de reduzir desfechos como mortalidade e morbidade, além de melhorar a efetividade no tratamento de condições clínicas.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado farmacêutico, Revisão da farmacoterapia, Atenção básica, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify problems related to pharmacotherapy in patients with Diabetes Mellitus of a primary healthcare unit. Prospective study of qualitative and quantitative analysis performed through consultations. The inclusion criteria: Resident of the municipality, older than 18 years, enrolled in primary healthcare unit, with Diabetes Mellitus and using at least 5 medications (polypharmacy). The data collection was carried out using forms available in the "Pharmaceutical Care Notebooks" published by the Brazil Ministry of Health. A review of pharmacotherapy was conducted, aiming to identify problems related to pharmacotherapy. Eight patients participated in the study, mean 61.1 ($\pm$ 10.8) years and 62.5% women. Patients presented mean 6.5 ($\pm$ 2.8) clinical conditions and mean 7.5 ($\pm$ 3.1) medications in use. It was verified that 100% of the patients presented problems in pharmacotherapy. All patients present a problem involving selection and prescription or therapeutic monitoring. Seven patients (87.5%) administration and adherence to treatment, and 6 patients (75%) were inactive. The pharmacist is fundamental in patient care in identifying and solving problems related to pharmacotherapy in order to reduce outcomes such as mortality and morbidity and improve effectiveness in the treatment of clinical conditions.

KEYWORDS: Pharmaceutical care, Pharmacotherapy review, Primary healthcare, Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

Segundo Patel e Zed (2002), os problemas na farmacoterapia são responsáveis por cerca de 9% a 24% das internações hospitalares oriundos dos atendimentos de urgência. A partir de dados do DATASUS, no Brasil em 2013, houve 48 milhões de atendimentos de urgência, que resultaram em 11 milhões de internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que cerca de 1,2 a 3,2 milhões de internações podem estar associadas a problemas na farmacoterapia (BRASIL, 2014). Os mesmos autores ainda afirmam que cerca de 70% dos problemas seriam preveníveis com a atuação clínica do farmacêutico.

O cuidado farmacêutico é uma prática profissional que não procura substituir a função do médico e muito menos de qualquer outro profissional, mas sim atender uma necessidade do sistema de cuidados de saúde, que surgiu em razão da presença de inúmeros prescritores de medicamentos para um paciente, explosão de produtos farmacêuticos e de informações farmacológicas no mercado, maior complexidade da terapêutica farmacológica, elevado grau de morbimortalidade relacionada com medicamentos e alto custo humano e econômico dos problemas que estes produzem (CIPOLLE, 2006).

O cuidado farmacêutico é primordial para diminuir os gastos dos governos com saúde pública, para aliviar a assistência médica, para melhorar a compreensão do uso adequado de medicamentos por parte dos pacientes. Enfim, para fazer evoluir a saúde, sendo o farmacêutico o provedor exclusivo deste serviço (CLAUMANN, 2003).

Segundo a OMS, o farmacêutico é o profissional melhor capacitado a comandar as ações referentes à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo fundamental na organização dos serviços de apoio necessários para o perfeito desenvolvimento da assistência farmacêutica (GUSMÃO et al, 2009; CASTRO et al, 2006).

A farmácia clínica é a atividade desenvolvida pelo farmacêutico que contempla o paciente com o acompanhamento de sua farmacoterapia, observando os eventos adversos, avaliando a

ocorrência de possíveis interações entre os medicamentos e nutrientes e apresentando esquemas terapêuticos para um melhor resultado. Desenvolve consultas com o paciente, a fim de prevenir, identificar e resolver os resultados negativos relacionados à medicação, por meio da realização de serviços farmacêuticos clínicos (RNM) (SILVA, 2015).

Nesse sentido, a prática da farmácia clínica pode colaborar decisivamente com a melhoria da adesão ao tratamento e a otimização dos benefícios da farmacoterapia aos pacientes em acompanhamento (BRUNE, 2014). Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi identificar problemas relacionados à farmacoterapia em pacientes portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma unidade básica de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo de análise qualitativa e quantitativa realizado por meio de consultas farmacêuticas com pacientes portadores de Diabetes Mellitus do município de Cafelândia, Estado Paraná, Brasil.

O critério de inclusão foi ser residente do município onde o estudo foi realizado, idade maior de 18 anos (adultos), cadastro na Unidade Básica de Saúde (UBS), portadores de Diabetes Mellitus e que fazem o uso de pelo menos 5 medicamentos, caracterizando polifarmácia. Foram excluídos os pacientes que não preencheram estes critérios.

A coleta de dados foi realizada em uma UBS, sendo os pacientes selecionados a partir de um relatório de dispensação de medicamentos para Diabetes Mellitus disponíveis na instituição (insulina, glibenclamida e metformina). Após a seleção dos pacientes, estes foram convidados a participar do estudo e para os que aceitaram foi realizado o agendamento das primeiras consultas.

Para a primeira consulta, empregou-se os formulários para consulta farmacêutica disponibilizados nos “Cadernos de Cuidado Farmacêutico” publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a fim de obter informações sobre a farmacoterapia do paciente identificar os problemas e queixas de saúde.

Nesta primeira consulta foram realizados questionamentos aos pacientes em relação ao perfil do paciente, história social, acesso aos medicamentos, problemas de saúde/queixas por meio da história da doença atual, farmacoterapia atual e história da medicação, adesão ao tratamento e uso de terapias alternativas/complementares.

Após esta primeira consulta foi então realizada a revisão da farmacoterapia, buscando identificar a partir da consulta em evidências científicas de qualidade, problemas de farmacoterapia relacionados principalmente à necessidade, efetividade, segurança e adesão.

Os problemas de farmacoterapia identificados na fase de revisão foram categorizados conforme lista padronizada nos mesmos formulários. Nesta etapa pode-se obter um perfil para cada paciente estabelecendo prioridades em relação ao equilíbrio efetividade-segurança.

Os dados coletados nas etapas anteriores foram inseridos software SPSS® versão 23, onde foram realizadas análises estatísticas de homocedasticidade da amostra para definição dos testes estatísticos a serem empregados. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequência e porcentagem e as contínuas como média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG) de Cascavel/PR, sobre o protocolo número: 2.214.297 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido obedecendo à resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo oito (08) pacientes. A idade média dos mesmos foi de 61,1 ($\pm 10,8$) anos e a maioria dos pacientes era do sexo feminino (5; 62,5%). Destes pacientes atendidos, o número de pessoas que moravam na mesma casa é de 3,3 ($\pm 1,4$).

Atualmente dentro os países mais populosos, o Brasil é o que apresenta maior velocidade no processo de envelhecimento demográfico, ou seja, quando a taxa da população considerada idosa (no Brasil 60 anos ou mais) é maior do que a da população jovem. Segundo as Nações Unidas e o IBGE, até o ano de 2025, o Brasil estará em sexta posição, referente à população de idosos do mundo (MOREIRA, 2000; IBGE, 2007).

Um estudo realizado em Nova Iorque em atenção primária mostrou que médicos não possuíam conhecimento sobre a atuação do farmacêutico na revisão da farmacoterapia, ou o que ela oferecia como benefício ao paciente. Assim, a comunicação entre os serviços prestados pela equipe era insuficiente para que o trabalho fosse considerado colaborativo entre eles. Este quadro é revertido a partir do momento em que a habilidade do farmacêutico nessas atividades é efetiva, trazendo desfechos em saúde positivos para o paciente e uma relação de confiança é estabelecida com os médicos. O trabalho colaborativo entre farmacêuticos e demais profissionais de uma mesma equipe de saúde têm mostrado resultados positivos para pacientes em diversos pontos de atenção à saúde, como na orientação na alta hospitalar (HOLLAND, 2015), farmácia comunitária (HERRERA, 2015) pacientes internados (CAVANAUGH, 2015), e clínicas de saúde da família. (CARTER, 2002)

O profissional farmacêutico pode auxiliar em frequentes problemas vivenciados por pacientes idosos em relação ao uso de medicamentos, como por exemplo, identificando medicamentos inapropriados, interações medicamentosas, duplicidade terapêutica, reações adversas, usos inadequados, automedicação e doses erradas, bem como fornecer ao paciente informações sobre doenças e medicamentos prescritos, a fim de melhorar a adesão ao tratamento.

Com tudo, o profissional pode garantir que a terapia prescrita é necessária, efetiva em relação aos objetivos terapêuticos e segura ao paciente (QUINALHA, 2010).

Segundo um estudo realizado em uma unidade básica de saúde em Minas Gerais, Brasil, quando os pacientes foram questionados em relação à atenção farmacêutica, 45,71% já ouviram falar, 22,85% afirmaram saber do que se trata e 31,42% nunca ouviram falar em atenção farmacêutica. Evidenciando assim uma necessidade de uma maior atuação do profissional dentro dos programas de saúde pública. Ainda no mesmo estudo os pacientes foram questionados quanto a implantação deste serviço, 100% das mulheres entrevistadas foram receptivas a sua implantação, e 28,57% dos homens entrevistados não gostariam de serem acompanhados pelo profissional farmacêutico em seu tratamento (MARQUES et al, 2011).

No presente estudo, quando questionados em relação à autonomia na ingestão dos medicamentos, 5 pacientes (62,5%) relataram administrar os medicamentos sem nenhuma assistência, já 3 (37,5%) disseram necessitar de lembretes ou assistência. Nenhum dos pacientes relatou a receber assistência de algum cuidador.

Dados semelhantes foram observados em um estudo realizados por Both e colaboradores (2015), onde observaram que 5,8% dos idosos separam os medicamentos de acordo com os horários prescritos, a fim de não errar no momento de tomá-los, 54,2% usam lembretes para não esquecer-los. Entretanto, 70,8% relatam ter administrados vários medicamentos juntos ao atrasar o horário. Sobre a história social, nenhum paciente relatou ser fumante, 7 (87,5%) relataram não consumir bebida alcoólica e 5 (62,5%) não praticavam exercícios físicos frequentemente. Além disso, 2 (25,0%) pacientes apresentaram o Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 30 kg/m^2 , caracterizando algum grau de obesidade, sendo a média de $27,6 (\pm 3,38) \text{ kg/m}^2$.

A prática de exercícios físicos é o dado referente a hábitos de vida mais significativo. A falta de atividades físicas é considerada um problema de saúde pública não só no Brasil, mas no mundo todo, e cada vez mais tem aumentado, causando sérias consequências em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis como na doença arterial coronariana (DAC),

diabetes e câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009) e considerado a maior causa de mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). No entanto, vários estudos demonstram os benefícios da atividade física em vários resultados em saúde, principalmente em doenças cardiovasculares (KODAMA, 2009; PETERSON, 2015).

A falta de atividade física somada à obesidade indica o risco em que a população se encontra no desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente doenças cardiovasculares. A obesidade está associada ao risco de aumento da hipertensão arterial, hipercolesterolemia e diabetes mellitus (NGUYEN, 2008).

Segundo Lombardi (2016), em um estudo realizado na atenção primária do município de Curitiba, Paraná, em pacientes que apresentaram algum grau de obesidade foram realizadas intervenções farmacêuticas relacionadas à melhoria de hábitos de vida, como, orientação nutricionais básicas, aconselhamentos sobre riscos específicos em relação ao tabagismo, bem como sobre o sedentarismo, principalmente relacionando-o ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em 54,2% dos pacientes foram realizadas intervenções de aconselhamento, sobre medidas não farmacológicas, 11,8% foram encaminhados a nutricionistas, com o propósito de orientar o paciente ao cuidado específico para adequar sua alimentação.

Os pacientes em nosso estudo também foram questionados em relação ao acesso aos medicamentos, podendo ser pelo setor público ou privado, sendo o total de 8 pacientes (100,0%) pelas unidades básicas de saúde, 1 (12,5%) pela rede Farmácia Popular, nenhum pela farmácia especial/ambulatorial. Já dos pacientes que retiram seus medicamentos pelo setor privado, 3 (37,5%) o faz pelas farmácias privadas, nenhum pelas farmácias magistrais, e apenas 1 (12,5%) pelo Programa “Aqui tem Farmácia Popular”. Em média o gasto mensal para a aquisição dos medicamentos é de 70,8 reais ($\pm 122,9$).

De acordo com Santa Helena (2015) em um estudo realizado em Blumenau, Santa Catarina, foram apontadas que as razões que mais levavam pacientes a não terem acesso aos seus medicamentos na atenção primária, foram pelos mesmos não serem disponibilizados pelo Sistema

Único de Saúde (SUS) e em 42,5% por estar em falta no estoque da farmácia da unidade básica de saúde. De acordo com a Tabela 1 pode-se verificar a adesão ao tratamento dos pacientes, obtida pela aplicação do Teste de Morisky (MORISKY ET AL, 1986). Como se pode observar em nossos resultados, grande parte dos pacientes que participaram do estudo se mostraram aderentes ao tratamento. No entanto, após realizada revisão da farmacoterapia, pode-se notar que alguns pacientes apresentaram problemas de administração e adesão ao tratamento.

O Teste de Morisky é o teste mais utilizado para avaliação de adesão no Brasil, porém vale ressaltar que até o momento não existe um método que possa ser considerado “padrão ouro” para avaliar a farmacoterapia (BRAWLEY & CULLOS-REED, 2000). Cada método apresenta vantagens e desvantagens. Em relação ao Teste de Morisky, trata-se de um questionário, uma técnica de baixo custo, rápida, de fácil aplicação, que permite acompanhar um grande número de indivíduos. No entanto, não é um método excelente, pois é muito subjetivo e o paciente pode facilmente “manipular” as respostas do questionário e passar uma falsa impressão de adesão ao tratamento. Muitas vezes isso acontece pelo receio que o paciente sente em ficar constrangido, ser rotulado negativamente pelo profissional da saúde e conseqüentemente respondem o que consideram o que seria correto (BE ET AL, 2011; BLOCH ET AL, 2008). Contudo, seria pertinente a aplicabilidade de um método mais eficaz como por exemplo, monitorização terapêutica, contagem de comprimidos, etc.

Pacientes idosos, com várias patologias, tendem a consumir mais medicamentos, ocasionando polifármacia. Falhas na adesão ao tratamento assim como erros de administração aumentam com a idade, devido à confusão causada por inúmeras terapias, disfunções cognitivas, dificuldade visual, falta de agilidade manual bem como a aparência das embalagens dos medicamentos serem similares uns aos outros, estes são alguns motivos de dificuldade entre os pacientes, principalmente os idosos (LUPPI, 2005). Para Osteberg & Blaschke (2005), Odegard & Gray (2008) & Obreli-Neto (2010) os motivos a não adesão ao tratamento ainda envolvem as terapias complexas, dificuldade no entendimento de prescrições médicas, insatisfação em relação

aos serviços de saúde, tratamento de doenças assintomáticas, aspectos socioeconômicos e por fim crenças dos próprios pacientes.

Para Ruppap (2011), os problemas de adesão são ocasionados por vários fatores, e englobam tanto sistema de saúde, políticas de saúde, profissionais da saúde, comunidade, família e também os pacientes. Lombardi (2016) afirma que os profissionais devem estar preparados para conceder aos pacientes apoio e suporte, estimulando assim a adesão e intervir quando necessário, de acordo com a necessidade de cada paciente. Em relação à história de doença atual, o número de condições clínicas dentre os pacientes participantes do estudo variou entre 4 e 12 (média de 6,5; $\pm 2,8$). As condições e o estado clínico de cada uma estão apresentadas em detalhes no Gráfico 1. Além das condições clínicas já diagnosticadas, também era questionado aos pacientes se havia alguma queixa de saúde ainda sem um diagnóstico, e por fim obteve-se uma média de queixas de 2,13 ($\pm 1,7$). Sendo que a queixa mais relatada pelos pacientes foi “dor nas pernas”, observada em 3 pacientes (37,5%).

A quantidade de medicamentos utilizados pelos pacientes variou de no mínimo 5 medicamentos e no máximo 13, com uma média de 7,5 ($\pm 3,1$). Contudo é importante ressaltar que todos os pacientes apresentavam polifarmácia. Os medicamentos mais utilizados entre os pacientes podem ser analisados no Gráfico 2. Além dos medicamentos alopáticos, 4 (50,0%) afirmaram fazer o uso de medicamentos caseiros. Burton (2005), Rozenfeld (2003) e Aguiar (2008) afirmam que no Brasil, o consumo de medicamentos aumenta de acordo com a idade, e geralmente a quantidade varia de 2 a 5 medicamentos. Ainda, os idosos representam 50% da população que fazem uso de vários medicamentos, ou seja, que são polimedicados. Além disso, são os mais suscetíveis às reações adversas e interações medicamentosas ocasionadas por eles.

A partir dos 60 anos, a polifarmácia e a utilização de medicamentos inapropriados permanecem sendo os problemas mais comuns e se intensificam conforme a idade aumenta e quanto piores forem às condições de saúde do paciente (ROZENFELD, 2003).

Estudos demonstram que pacientes idosos polimedicados tendem a apresentar maiores possibilidades a reações adversas a medicamentos, e devido a isso serem hospitalizados (LUPPI, 2015). Além disso, erros relacionados à administração de medicamentos ocorrem com maior frequência em pacientes que fazem o uso de 3 ou mais medicamentos, comparando com os que utilizam 2 ou menos (FIELD, 2001).

Rollanson & Vogt (2003) em análise sobre a participação do profissional farmacêutico atuando na diminuição de polifarmácia em pacientes idosos, encontraram sete estudos onde demonstraram que a intervenção realizada pelo profissional resultou na diminuição da quantidade de medicamentos utilizados pelos pacientes e apenas um estudo demonstrando ao contrário.

Após a primeira consulta realizadas no presente estudo, pôde-se verificar que 100% dos pacientes apresentaram problemas de farmacoterapia, com no mínimo 3 e máximo de 12 problemas (média de 6,9; $\pm$ 3,1). Os problemas de farmacoterapia encontrados podem ser observados na Tabela 2. Todos os pacientes apresentaram pelo menos um problema envolvendo seleção e prescrição e pelo menos um problema relacionado à monitorização terapêutica. Sete pacientes (87,5%) apresentaram problema de administração e adesão ao tratamento, e 6 pacientes (75%) problemas relacionados à tratamento não efetivo. Não foram observados problemas relacionados à erros de dispensação ou manipulação, problemas de qualidade do medicamento, intoxicação por medicamentos ou reações adversas a medicamentos.

A identificação de problemas relacionados à reação adversa não foi observada devido à indisponibilidade de exames laboratoriais pelos pacientes para monitoramento destas. Além disso, não houve relato pelos pacientes de queixas que pudessem ser relacionadas à reações adversas ocasionadas por medicamentos. Problemas relacionados à discrepâncias entre níveis de atenção à saúde não puderem ser avaliados pois o serviço de conciliação de medicamentos não foi o objetivo deste presente estudo.

Segundo o Consenso de Granada, os problemas relacionados a medicamentos (PRM) são “problemas de saúde entendidos como resultados clínicos negativos, resultantes da farmacoterapia

que, efetuados por diversas causas, conduzem ou não alcance dos objetivos terapêuticos ou ao surgimento de efeitos não desejados” (COMITE DE CONSENSO, 2002). Corroborando com nossos resultados, entre as principais causas de PRM em pacientes idosos, estão os erros durante as prescrições ou erros no monitoramento da farmacoterapia (GURWITZ et al, 2003).

Nos últimos anos vem aumentando a discussão sobre os problemas relacionados com medicamentos (PRM) e suas gravidades, onde estes representam grande risco à saúde dos pacientes, podendo gerar morbidade e/ou mortalidade aos mesmos (FERNANDEZ- LLIMÓS, FAUS, 2003) principalmente em idosos (HANLON, SHIMP, SEMLA, 2000).

Um estudo realizado na Espanha mostra que 1 em cada 3 pacientes, buscam serviço hospitalar de urgência devido a um PRM e que destes problemas 73,13% poderiam ser evitáveis (PAREJO, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a forma mais eficaz de evitar o uso incorreto de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento é a combinação de educação em saúde e o acompanhamento de profissionais da saúde, garantindo o acesso adequado aos medicamentos apropriados de acordo com a necessidade de cada paciente (BRASIL, 2012).

Por fim, para a realização deste estudo foram identificadas algumas dificuldades e limitações. Primeiramente, em relação ao tamanho da amostra: a quantidade de pacientes que preencheram os critérios de inclusão foi de 30 pacientes. No entanto, apesar destes pacientes terem aceitado participarem da pesquisa no primeiro contato realizado, apenas 08 pacientes compareceram à entrevista e puderam contribuir com a realização deste trabalho. Acreditamos que a principal causa seja a falta de conhecimento sobre a prática do profissional farmacêutico voltada à área clínica. Outra limitação foi o tempo para realização do estudo e a falta de um local adequado para a realização das consultas, pois como este serviço ainda não está implantado na UBS não há um local privativo para o cuidado farmacêutico.

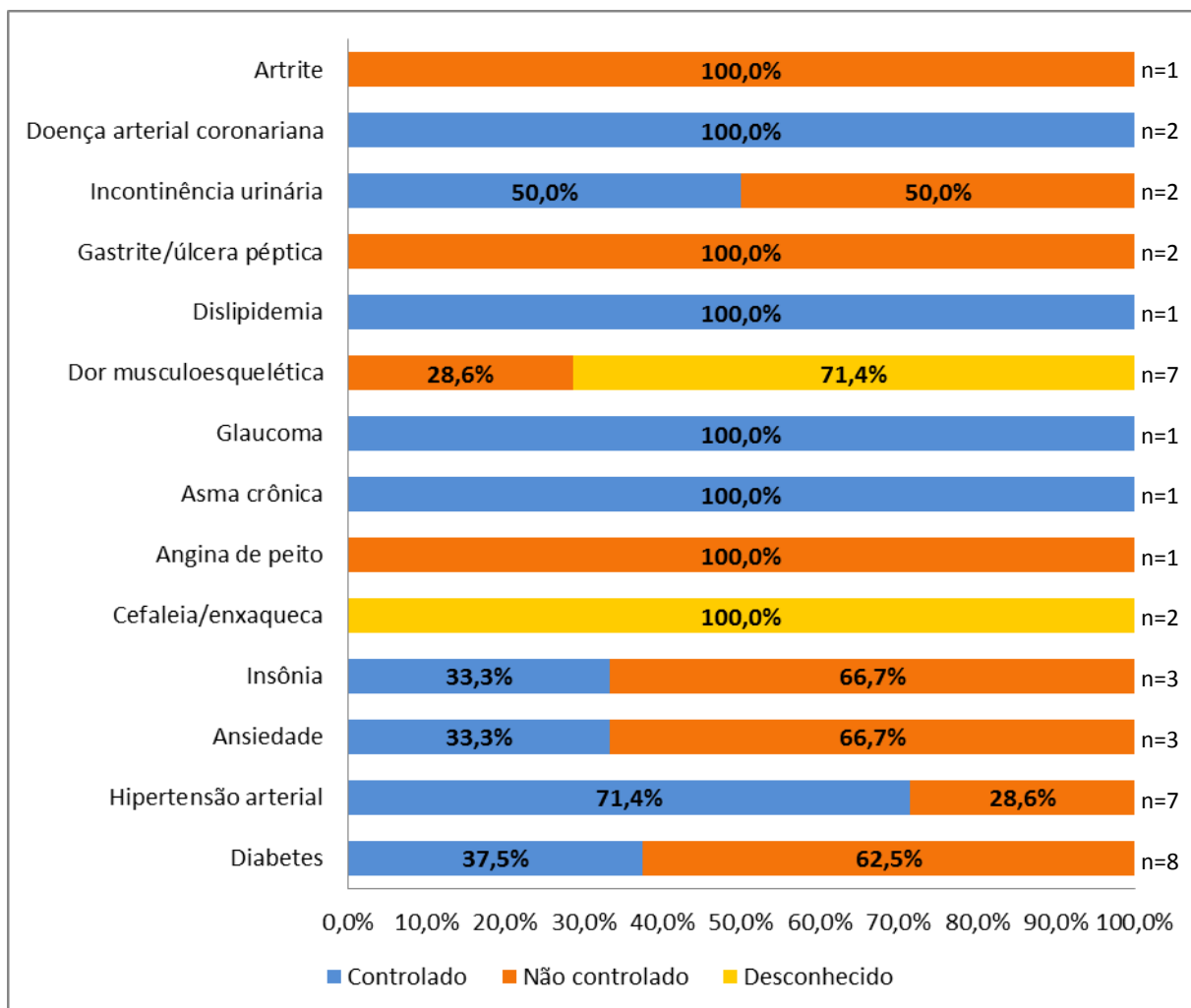
Sugere-se a realização de estudos que além de identificar problemas de farmacoterapia, realizem o planejamento de ações e execução de intervenções farmacêuticas, bem como, o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, a fim de garantir a continuidade do cuidado. Além disso, seria pertinente a realização de estudos com foco em outras condições clínicas, especialmente doenças crônicas que acometem grande parte da população, principalmente idosos.

CONCLUSÃO

Através da realização deste estudo foi possível observar que é expressiva a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia em pacientes diabéticos, especialmente no que diz respeito à problemas de seleção e prescrição e monitoramento farmacoterapêutico. O farmacêutico é fundamental na realização do serviço de cuidado ao paciente na identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, com o objetivo de reduzir desfechos negativos como mortalidade e morbidade, além de melhorar desfechos positivos como efetividade no tratamento de condições clínicas. Para tanto, é necessária a conscientização da importância deste serviço clínico por parte da equipe multidisciplinar e gestores da saúde pública, especialmente.

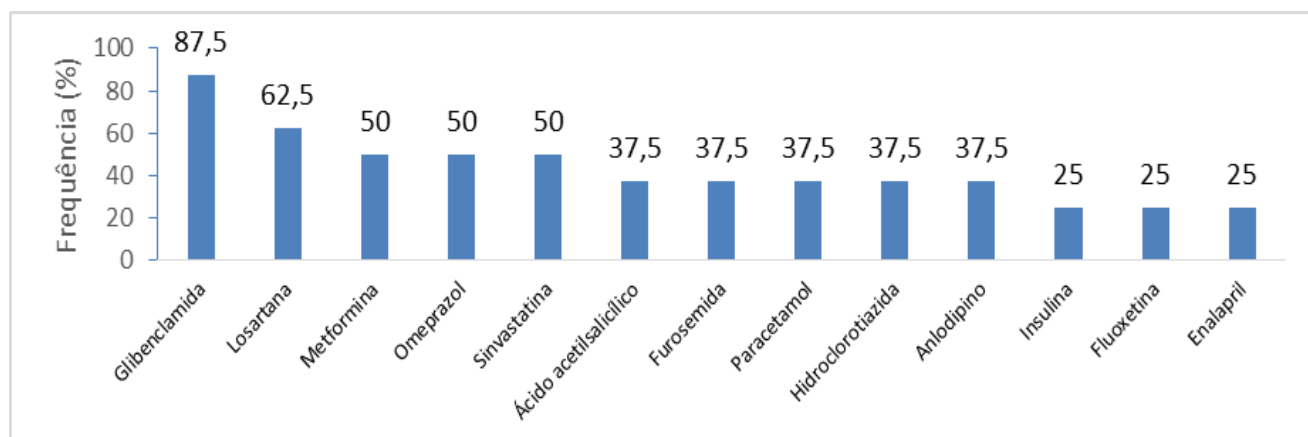
GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Condições clínicas e seu estado coletadas durante a etapa de história de doença atual (HDA).



Fonte: O autor (2017)

GRÁFICO 2 – Prevalência de medicamentos prescritos



Fonte: o autor (2017)

TABELAS

TABELA 1 – Resultados referentes ao teste de adesão ao tratamento – Teste de Morisky.

Teste Morisky	Sim		Não	
	N	%	N	%
Você tem alguma dificuldade para tomar seus medicamentos?	1	12,5	7	87,5
Nos últimos 7 dias, você deixou de tomar os medicamentos?	0	0	8	100
Você já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?	4	50	4	50
Você toma os medicamentos na hora indicada?	8	100	0	0
Quando você se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?	1	12,5	7	87,5
Quando você se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?	0	0	8	100

Fonte: o autor (2017)

TABELA 2 – Prevalência de pacientes nos quais foram identificados problemas relacionados à farmacoterapia

Problema relacionado à farmacoterapia	N	Frequência (%)
Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	5	62,5
Prescrição de medicamentos sem indicação clínica definida	2	25
Prescrição em subdose	4	50
Prescrição em sobredose	1	12,5
Interação medicamento-medicamento	4	50
Interação medicamento-alimento	1	12,5
Condição clínica sem tratamento	7	87,5
Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	7	87,5
Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	4	50
Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	1	12,5
Automedicação indevida	2	25
Necessidade de monitoramento laboratorial	8	100
Necessidade de auto monitoramento	3	37,5
Tratamento não efetivo com causa definida	6	75

Fonte: O autor (2017)

REFERÊNCIAS

Aguiar PM, Lyra JDP, Silva DT, Marques TC. Avaliação da farmacoterapia de idosos residentes em instituições asilares no nordeste do Brasil. *Lat. Am J Pharm.* 27(3): p. 454-9, 2008.

Both JS, Kauffmann C, Ely LS, Dall'Agnol R, Rigo MPM, Teixeira MFN, Castro CL. Cuidado Farmacêutico domiciliar ao idoso: análise de perfil e necessidade de promoção e educação em saúde. *Caderno pedagógico, Lajeado*, v. 12, n. 3, p. 66-84, 2015.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília, 2014. 108 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 1).

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília, 2014. 308 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica, caderno 2).

Brawley LR, Culos-Reed SN. Studying adherence to therapeutics regimens: overview, theories, recommendations. *Control Clin Trials.* 21(5): p. 156–163, 2000.

Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública.* 46 (2): p. 279-289, 2012.

Bloch KV, Melo NA, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cadernos de Saúde Pública.* 24 (12): p. 2979-2984, 2008.

Burton DG, Allen MC, Bird JL, Faragher RG. Bridging the gap: ageing, pharmacokinetics and pharmacodynamics. *J Pharm Pharmacol.* 57: p. 671-9, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. 1 edição Brasília, p. 156, 2012.

Brune MFSS, Ferreira EE, Ferrari CKB. O método Dáder na atenção farmacêutica em pacientes hipertensos no município de Pontal do Araguaia – MT, Brasil. *O Mundo da Saúde*. 38 (4): p. 402-4, 2014.

Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. O exercício do cuidado farmacêutico. Brasília: Conselho Federal de Farmácia. p. 378, 2006.

Claumann, RCN. O farmacêutico e a atenção farmacêutica no novo contexto da saúde. Santa Catarina. *Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, UFSC*, 2003.

Castro MS, Chemello C, Pilger D, Junges F, Bohnen L, Zimmerman LM. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *Ver. Bras. Hipertensos*.13(3): p. 198-202, 2006.

Cavanaugh JJ, Lindsey KN, Shilliday BB, Ratner SP. Pharmacistcoordinated multidisciplinary hospital follow-up visits improve patient outcomes. *J Manag care Spec Pharm* 2015; **21**: 256–60.

Carter BL, Ardery G, Dawson JD, James PA, Bergus GR, Doucette WR. Physician and pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *Arch Intern Med*. 169: 1996–2002, 2009.

Comité de Consenso. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. *Ars. Pharm.*, v.43, n.3-4, p.175-184, 2002.

Fernández-Llimós F, Faus M.J. Importance of medicine-related problems as risk factors. *Lancet*, v.362, p.1239, 2003.

Field TS, Mazor KM, Briesacher B, Debellis KR, Gurwitz JH. Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 55: p. 271–6, 2007.

Gusmão JL, Giovani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Junior D. Adesão ao tratamento em hipertensão em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev. Bras. Hipertens*. 16 (1): p. 38-43, 2009.

Gurwitz JH, Field TS, Harrold IR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish IS, Garber I, Kelleher M, Bates DW. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *J. Am. Med. Assoc.*, v.289, n.9, p.1107-1116, 2003.

Hanlon JT, Shimp LA, Semla TP. Recent Advances in Geriatrics: Drug-Related Problems in the Elderly. *Ann. Pharmacother.* v.34, p.360-365, 2000.

Holland DM. Interdisciplinary collaboration in the provision of a pharmacist-led discharge medication reconciliation service at an Irish teaching hospital. *Int J Clin Pharm*; 37: p. 310–9, 2015.

Herrera MR, Estrada AJI, Restrepo JAM. Association between the evaluation by a patient care team and compliance with the claim of drugs in pharmacy. *Farm Hosp órgano Of expresión científica la Soc Española Farm Hosp*; 39: p. 6–12, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Política do idoso no Brasil. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em novembro 2017.

Kodama S. Cardiorespiratory Fitness as a Quantitative Predictor of All-Cause Mortality and Cardiovascular Events in Healthy Men and Women. *JAMA*. p. 301 - 2024, 2009.

Lombardi NF. O serviço de cuidado farmacêutico na atenção primária à saúde do município de Curitiba – PR. *Universidade Federal do Paraná*, 2016.

Marques LAM, Vale FVVR, Nogueira VAS. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população são-joanense. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200017&script=sci_arttext>. Acesso em novembro 2017.

Moreira MDM. Determinantes demográficos do envelhecimento brasileiro. 2000. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/>>. Acesso em novembro 2017.

Nguyen NT, Magno CP, Lane KT, Hinojosa MW, Lane JS. Association of hypertension, diabetes, dyslipidemia, and metabolic syndrome with obesity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2004. *J Am Coll Surg*; 207: p. 928–34, 2008.

Parejo MIB. Problemas Relacionados con lós medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgências del hospital universitario virgen de las nieves de Granada. Granada, p. 308, 2003.

Patel P, Zed PJ. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? *Pharmacotherapy*. v.22, n.7, p.915-23, 2002.

Peterson DM. *The benefits and risks of exercise*. 2015. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/the-benefits-and-risks-ofexercise?source=search_result&search=inatividade+f%C3%ADsica&selectedTitle=1%7E150>. Acesso em novembro 2017.

Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC, Pelloso SM, Marcon SS, Cuman RKN. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*. 13 (3): p. 229-233, 2010.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 353 (5): p. 487–497, 2005.

Odegard OS, Gray SL. Barriers to medication adherence in poorly controlled diabetes mellitus. *Diabetes Educ*. 34 (4): p. 692–697, 2008.

Quinalha JV, Correr CJ. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. Rio de Janeiro, 13 (3): p. 487-499, 2010.

Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saude Publica [online]*. 19 (3): p. 717-24, 2003.

Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging*. 20 (11): p. 817-32, 2003.

Ruppar TM, Conn VS. Medication Adherence: Still Looking for the Answer. *Res. Gerontol Nurs*; 4: p. 159–160, 2011.

Santa Helena ET de, Andersen SE, Menoncin SM. Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na atenção primária. *Cad. Saúde Coletiva*; 23: p. 280–288, 2015.

Silva AS. A importância da Farmácia Clínica no acompanhamento dos pacientes com Hanseníase em uma unidade Básica de Saúde. *Hansen Int.* 40 (1): p. 9-16, 2015.

WHO - World Health Organization. *Global health risks. World Health Organization, 2009.* Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/. Acesso em novembro 2017.

WHO - World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health.* 2010. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/. Acesso em novembro 2017.

NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

FORMA E APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A RBF aceita artigos para as seguintes seções:

a) Artigos originais ou de revisão (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências, e exclui o Resumo/Abstract. Máximo de 5 figuras, quadro/gráfico ou tabela): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise/revisão bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PRÉVIAS

a) Deverá ser adotado o Sistema Internacional (SI) de medidas.

b) As equações necessárias a compreensão do texto deverão ser editadas utilizando *software* compatível com o editor de texto. As variáveis deverão ser identificadas após a equação.

c) Recomenda-se que os autores realizem a análise de regressão ou outro teste estatístico aplicável para fatores quantitativos, mas que a utilização de programas específicos para o tratamento dos dados estatísticos deve constar da seção de Metodologia.

d) ATENÇÃO: QUADROS/ TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS devem ter largura de no máximo 8,25 cm, com alta resolução e enviados em arquivo separado. Nesse caso, sua posição deve ser identificada no texto. CASO CONTRÁRIO, O MANUSCRITO SERÁ DEVOLVIDO AOS AUTORES, que acarretará em nova submissão.

e) A RBF recomenda a utilização de Referências Bibliográficas atualizada, salvo aquelas consagradas em trabalhos de autores seminais de cada área específica, ou ainda em textos que necessitam de informações históricas relevantes na compreensão da argumentação apresentada.

Consideraremos atualizadas aquelas com data de publicação em periódicos indexados a pelo menos 5 anos da data de envio do manuscrito.

f) TODAS as correções sugeridas durante o processo de submissão deverão ser destacadas em VERMELHO, e devolvida a comissão editorial pelo endereço: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br.

FORMATAÇÃO DO TEXTO

Os manuscritos deverão utilizar aplicativos compatíveis com o Microsoft Word. Devem ser escritos em página formato A4 com margens de 2 cm, espaçamento duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12, justificado. As linhas e páginas devem ser numeradas a partir do Título até a página final.

Deve-se adotar no texto apenas as abreviações padronizadas. Por exemplo: Kg (quilograma)

A primeira citação da abreviatura entre parênteses deve ser precedida da expressão correspondente por extenso. Por exemplo: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

O recurso de itálico deverá ser adotado apenas para realmente destacar partes importantes do texto, como por exemplo, citações *ipsis literis* de autores consultados, partes de depoimentos, entrevistas transcritas, nomes científicos de organismos vivos e termos estrangeiros.

As ilustrações, figuras, esquemas, tabelas e gráficos deverão ser identificadas no texto, conforme apresentação desejada pelo autor, e apresentadas em arquivo separado.

Os manuscritos deverão seguir a seguinte estrutura:

- Título: deverá ser conciso e não ultrapassar 30 palavras, informativo, digitado em negrito com letras minúsculas utilizando a fonte *Times New Roman* (tamanho 14), com exceção da primeira letra, dos nomes próprios e/ou científicos.

- Autores: deverão ser adicionados a um espaço abaixo do título, centralizados, separados por vírgula. O símbolo “&” deve ser adicionado antes do último autor (Ex.: Paulo da Paz, João de Deus & Pedro Bondoso). Inserir os nomes completos dos autores, por extenso, com letras minúsculas com exceção da primeira letra de cada nome.
- Afiliação do autor: cada nome de autor deverá receber um número arábico sobrescrito indicando a instituição na qual ele é afiliado. A lista de instituições deverá aparecer imediatamente abaixo da lista de autores. O nome do autor correspondente deverá ser identificado com um asterisco sobrescrito. O e-mail institucional, endereço completo, CEP, telefone e fax do autor correspondente deverão ser escritos no final da primeira página.
- Resumo (Abstract): deverá ser escrito na segunda página do manuscrito, não deverá exceder 200 palavras, deverá conter informações sucintas que descrevam objetivo da pesquisa, metodologia, discussão/resultados e a conclusão. Os manuscritos escritos em português ou em espanhol devem ter um Resumo traduzido para o inglês (Abstract). O Abstract deve ser digitado na terceira página do manuscrito e deve ser revisado por um profissional de edição de língua inglesa. Os manuscritos em inglês deverão apresentar um Resumo em português.
- Palavras-chave (Keywords): são fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bancos de dados nacionais e internacionais. Serão aceitas entre 3 e 5 palavras-chave. Após a seleção, sua existência em português e inglês deve ser confirmada pelo(s) autor (es) do manuscrito no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde - Bireme). As palavras-chave (Keywords) deverão ser separadas por vírgula e a primeira letra de cada palavra-chave deverá maiúscula.
- Introdução: Situa o leitor quanto ao tema que será abordado e apresenta o problema de estudo, destaca sua importância e lacunas de conhecimento (justificativa da investigação), e inclui ainda os objetivos (geral e específico) a que se destina discutir.
- Metodologia ou Percorso Metodológico: Nessa seção o autor (es) deve (m) apresentar o percurso metodológico utilizado que apresente o tipo de estudo (se qualitativo ou

quantitativo), de base empírica, experimental ou de revisão de forma que identifique a natureza/tipo do estudo. São fundamentais os dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção (inclusão e exclusão) e cálculo amostral. Nos casos de pesquisa experimental cabe a identificação do material, métodos, equipamentos, procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados.

Na apresentação do tratamento estatístico/categorização dos dados cabe informar a técnica ou programa utilizado no tratamento e análise. Nos casos de investigação com humanos ou animais cabe informar a data e o número do protocolo da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Quanto ao estudo de espécies vegetais deve ter a indicação do seu local de coleta (dados de GPS), o país de origem, o responsável pela identificação da espécie e o depósito da exsicata.

- Resultados e Discussão: devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações (figuras, quadros e tabelas) quando necessário. Deve-se comparar com informações da literatura sobre o tema ressaltando-se aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas. Nessa seção cabe a análise e discussão crítica da pesquisa.
- Conclusões: apresentar considerações significativas fundamentadas nos resultados encontrados e vinculadas aos objetivos do estudo.
- Agradecimentos: opcional e deverá aparecer antes das referências.
- Figuras, Quadro/Tabelas ou Gráficos: Todas as ilustrações devem apresentar um título breve na parte superior e numerada consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no manuscrito e a legenda com fonte em Times New Roman, tamanho 12, justificado e com largura máxima de 8,25 cm.

As Tabelas devem apresentar dados numéricos como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, com os seus respectivos símbolos. Se houver ilustração extraída de outra fonte, publicada ou não, a fonte original deve ser mencionada abaixo da tabela. Não é permitida a utilização de Figura,

gráfico, quadro/tabela publicada em outro periódico sem antes pedir autorização prévia dos autores e/ou da revista.

Qualquer uma dessas ilustrações com baixa resolução poderá ser excluída durante o processo de diagramação da RBF, ou ainda comprometer o aceite do manuscrito.

As fotos deverão garantir o anonimato de qualquer indivíduo que nela constar. Caso os autores queiram apresentar fotos com identificação pessoal, deverão apresentar permissão específica e escrita para a publicação das mesmas.

- Referências:

As citações bibliográficas deverão ser adotadas de acordo com as exigências da RBF. Citação no texto, usar o sobrenome e ano: Lopes (2005) ou (Lopes, 2005); para dois autores (Souza & Scapim, 2005); três autores (Lima, Pereira & Silva, 2008), para mais do que quatro autores, utilizar o primeiro autor seguido por *et al.* (Wayner *et al.*, 2007), porém na lista de referências deverão aparecer ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A citação de mais que uma referência por parágrafo requer a ordenação em ordem decrescente cronológica e cada grupo de autores separados por “ponto e vírgula”. Por exemplo: (Gomes & Souza, 2012; Mendez, 2010; Lima, Pereira & Silva, 2008).

A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Os exemplos de referências citados abaixo foram adaptados, em sua maioria, do documento original da ABNT (NBR 6023, agosto de 2002).

- a) Artigos de periódicos:

A abreviatura do periódico deverá ser utilizada, em itálico, definida no Chemical Abstracts Service Source Index (<http://www.cas.org/sent.html>) ou na Base de dados PubMed, da US National Library of Medicine (<http://www.pubmed.gov>), selecionando Journals Database. Caso a abreviatura autorizada de um determinado periódico não puder ser localizada, deve-se citar o título completo.

Autor (es)*. *Título do periódico em itálico*, volume (a indicação do fascículo é entre parênteses): páginas inicial - final do artigo, ano de publicação.

Galato D & Angeloni L. A farmácia como estabelecimento de saúde sob o ponto de vista do usuário de medicamentos. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

Fonseca VM, Longobuco P, Guimarães EF, Moreira DL, Kaplan MAC. Um teste do formato de nome. *Rev. Bras. Farm.* 90(1): 14 – 18, 2009.

b) Livros:

- Com 1 autor

Autor. Título. Edição (a partir da 2a). Cidade: Editora, ano de publicação. Número total de páginas.

Casciato DA. Manual de oncologia clínica. São Paulo: Tecmed, 2008. 1136p.

- Com 2 autores

Lakatos EM & Marconi MA. Metodologia científica. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991. 231 p.

- Com autoria corporativa

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: O farmacêutico de que o Brasil necessita (Relatório Final). Brasília, DF, 2008. 68p.

- Capítulos de livros (o autor do capítulo citado é também autor da obra):

Autor (es) da obra. Título do capítulo. *In:* _____. Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.

Rang HP, Dale MM & RITTER JM. *In:* Quimioterapia do câncer. Farmacologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. cap. 50, p. 789-809.

- Capítulos de livros (o autor do capítulo citado não é o autor da obra):

Autor (es) do capítulo. Título da parte referenciada. *In:* Autor (es) da obra (ou editor) Título da obra. Cidade: Editora, Ano de publicação. Capítulo. Paginação da parte referenciada.

Schenkel EP, Gosmann G & Petrovick PR. Produtos de origem vegetal e o desenvolvimento de medicamentos. *In:* Simões CMO. (Org.). Farmacognosia: da planta ao

medicamento. 5. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Florianópolis: Editora da UFSC, 2003. cap. 15, p. 371-400.

- Citação indireta

Utiliza-se *apud* (citado por) nas citações que foram transcritas de uma obra de um determinado autor, mas que na verdade pertence a outro autor.

Helper CD & Strant LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* 47: 533-543, 1990. *Apud* Bisson MP. Farmácia Clínica & Atenção Farmacêutica. 2. ed. Barueri: Manole, 2007. p. 3-9.

c) Teses, Dissertações e demais trabalhos acadêmicos:

Autor. *Título* (inclui subtítulo se houver). Ano. Cidade. Total de páginas. Tipo (Grau), Instituição (Faculdade e Universidade) onde foi defendida.

Sampaio IR. *Etnofarmacologia e toxicologia de espécies das famílias Araceae e Euphorbiaceae*. 2008. Rio de Janeiro. 45 p. Monografia (Especialização em Farmacologia), Associação Brasileira de Farmacêuticos. Rio de Janeiro.

d) Eventos científicos (Congressos, Seminários, Simpósios e outros):

Autor (es). Título do trabalho. *Nome do evento*, nº do evento. Página. Cidade. País. Ano.

Marchioretto CT, Junqueira MER & Almeida ACP. Eficácia anestésica da neocaína (cloridrato de bupivacaína associada a epinefrina) na duração e intensidade da anestesia local em dorso de cobaio. *Reunião anual da SBPC*, 54, Goiânia, Brasil, 2002.

e) Patentes: Devem ser identificadas conforme modelo abaixo e na medida do possível o número do Chemical Abstracts deve ser informado.

Ichikawa M, Ogura M & Lijima T. 1986. Antiallergic flavone glycoside from *Kalanchoe pinnatum*. *Jpn. Kokai Tokkyo Koho JP 61,118,396*, *apud* Chemical Abstracts 105: 178423q.

f) Leis, Resoluções e demais documentos

Conforme o modelo:

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) no 44, de 17 de agosto de 2009.

g) Banco/Base de Dados

Conforme o modelo

BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>>. Acesso em: 27 ago. 2009.

h) Homepage/Website

Conforme o modelo:

WHO *Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses*. 91 p. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf>. Acesso em agosto de 2009.

SUBMISSÃO

Todos os manuscritos deverão ser submetidos exclusivamente por e-mail: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br e deverá enviar o texto em programa compatível com *word*, e com todos os apêndices preenchidos.

Os autores deverão informar a área de concentração (Apêndice 1), a categoria do manuscrito (Artigo Original, Artigo de Revisão ou Resumo de Tese/ Dissertação); apresentar carta de encaminhamento ao Editor (a) Chefe (Apêndice 2) e declaração de originalidade e cessão de direitos autorais (Apêndice 3). É responsabilidade dos autores reconhecerem e informar ao Conselho Editorial da existência de conflitos de interesse que possam exercer qualquer influência

em seu manuscrito. Desta forma, as relações financeiras ou de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais (Apêndice 4).

Quanto a Confirmação da submissão: O autor receberá por e-mail um documento com o número do protocolo, confirmando o recebimento do artigo pela RBF. Caso não receba este e-mail de confirmação dentro de 48 horas, entre em contato com o Conselho Editorial da RBF (e-mail: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br).

A Revista Brasileira de Farmácia submeterá os manuscritos recebidos à análise por dois consultores *ad hoc*, acompanhado de um formulário para a avaliação e que terão a autoridade para decidir sobre a pertinência de sua aceitação, podendo inclusive, reapresentá-los ao(s) autor (es) com sugestões, para que sejam feitas alterações necessárias e/ou para que os mesmos sejam adequados às normas editoriais da revista. Solicita-se aos autores que, na eventualidade de reapresentação do texto, o façam evidenciando as mudanças através da cor vermelha como forma de identificação rápida e facilitação do processo de avaliação. Caso necessário poderá o autor dispor de argumentação teórica em carta anexa sumarizando as alterações realizadas ou não, que poderão ser aceitas ou não pelos revisores.

Os nomes dos autores e dos avaliadores dos manuscritos permanecerão em sigilo.

O trabalho aceito para publicação só poderá seguir para diagramação caso TODOS os autores tenham assinado o termo de publicação (Apêndice 3). Qualquer tipo de solicitação ou informação quanto ao andamento ou publicação do artigo poderá ser solicitado através do e-mail: revistabrasileiradefarmacia@yahoo.com.br baseado no número do protocolo recebido pelo autor correspondente.

O Conselho Editorial da RBF reserva-se o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa. O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decisão sobre a publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentem os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade, ineditismo, qualidade e clareza. Toda ideia e conclusão apresentadas nos trabalhos publicados são

de total responsabilidade do(s) autor (es) e não reflete, necessariamente, a opinião do Editor Chefe ou dos membros do Conselho Editorial da RBF.

ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores deverão verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores. Somente receberão número de protocolo os artigos que estiverem em conformidade com as Normas para Publicação na RBF:

1. O manuscrito encontra-se no escopo da Revista Brasileira de Farmácia.
2. A contribuição é original, inédita e não está sendo avaliada por outra revista.
3. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word ou equivalente.
4. O e-mail para envio do manuscrito está disponível.
5. O texto está em espaçamento duplo; fonte tamanho 12, estilo *Times New Roman*; com figuras e tabelas inseridas no texto, e não em seu final.
6. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos em Critérios para preparação dos manuscritos (Atenção às citações no texto e referências bibliográficas).
7. Todos os apêndices estão preenchidos (Atenção especial ao preenchimento dos apêndices).
8. Ao submeter um manuscrito, os autores aceitam que o *copyright* de seu artigo seja transferido para a Revista Brasileira de Farmácia, se e quando o artigo for aceito para publicação. Artigos e ilustrações aceitos tornam-se propriedade da Revista Brasileira de Farmácia.

APÊNDICE 1 - Áreas temáticas

APÊNDICE 2 - Modelo de carta de responsabilidade

APÊNDICE 3 - Declaração de originalidade e cessão de direitos

APÊNDICE 4 - Modelo de declaração de conflitos de interesse

ANEXO - LEI Nº 9.610, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998 BRASIL. Lei 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.