



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO**

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

DANIELE LEÃO DE FREITAS

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DOMICILIAR:

A importância do Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família

PASSO FUNDO, RS

2018

DANIELE LEÃO DE FREITAS

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DOMICILIAR:

A importância do Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado a Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Me. José Afonso Corrêa da Silva

Co-orientador: Thais Scalco

PASSO FUNDO, RS

2018

DANIELE LEÃO DE FREITAS

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DOMICILIAR:

A importância do Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado a Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Me. José Afonso Corrêa da Silva

Co-orientador: Thais Scalco

Este Trabalho de Conclusão da Residência foi defendido e aprovado pela banca em:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

JOSÉ AFONSO CORRÊA DA SILVA, ME. (UFFS)

LISSANDRA GLUSCZAK, DRA. (UFFS)

JEANICE FERNANDES, ME. (UFFS)

THAÍS SCALCO (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que sem dúvida alguma segura minha mão e me conduz pelos melhores caminhos.

Aos grandes mestres da minha vida, Notoli e Goreti, pelo amor, pelo carinho, por acreditarem em mim, pelo incentivo, por me moverem sempre na direção dos meus sonhos. Amo Vocês!

Aos meus irmãos, Larissa e Danilo, e minha sobrinha Ana Carolina, pela paciência, amor, carinho e por sempre ouvirem minhas angústias e medos.

Ao Lucas, pelo amor, companheirismo, paciência por estar junto comigo durante essa e as outras caminhadas acadêmicas.

As minhas companheiras de residências e hoje amigas da vida Andressa, Alessandra, Gabi Ferron, Gabi Marodin e Marina com certeza esse processo não teria sido tão doce se não tivesse a presença de vocês. Só agradecer por todas as trocas, puxões de orelha e horas de escuta. Só sucesso essas “meninas queridas”.

As R2 Bruna, Francine, Rosana e Viviane que bom que a vida proporcionou esse nosso encontro. Vocês foram fundamentais no início desse processo.

As R1 Cíntia, Júcélia, Júlia, Marina, Roberta e Thaíze por todas as trocas e compartilhamentos.

Ao meu orientador José Afonso, por ter aceitado me orientar nesse processo, por todos os ensinamentos, pela paciência e atenção.

A minha preceptora Thaís, pelas trocas realizadas, por toda paciência e atenção até mesmo nos momentos em que nós encontrávamos distante.

A equipe da ESF Santa Rita, só tenho a agradecer por ter encontrado profissionais como vocês durante essa minha formação. Um salve especial para as ACS que estiveram diretamente comigo durante a realização deste trabalho.

A Vanderléia por todo o apoio pessoal e institucional durante todo o processo.

Aos amigos e familiares que compreenderam minhas inúmeras ausências durante todo esse percurso.

A prefeitura Municipal de Marau/RS e a UFFS pela oportunidade.

Ao Ministério da Educação pela bolsa de estudo concedida.

A todos que estiveram comigo durante esta caminhada, o meu muito obrigada.

RESUMO

A principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) se dá através da Atenção Primária à Saúde (APS). Com o envelhecimento da população brasileira, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se tornaram a maior prioridade na área do atendimento em saúde. Considerando os impactos das DCNT é fundamental a adoção de abordagens que permitam a implementação de intervenções terapêuticas adequadas que aumentem a efetividade do tratamento farmacológico, exigindo o fortalecimento do SUS, no âmbito da assistência a estes pacientes, através de modelos de atenção a condições crônicas e com a expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF), priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos. Assim, o presente trabalho identificou e analisou Resultados Negativos Associados à Medicação (RNM's), em um grupo de 12 pacientes portadores de Diabetes *mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, com idade superior a 65 anos em uma ESF. O mesmo foi realizado utilizando a metodologia proposta pelo Programa Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico desenvolvido pelo “grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada”. O método usado compreendeu as etapas: oferta do serviço, primeira entrevista, análise situacional, fase de estudo, fase de avaliação e intervenção farmacêutica. A fase de avaliação foi construída através da técnica de Delphi, método de consenso de especialistas, fundamentada por Dalkey e Helmer. Foram encontrados 271 RNM's constatados pelo painel dos especialistas, 22,1% por necessidade (100% problema de saúde não tratado), 50,5% por efetividade (70,1% inefetividade não quantitativa e 29,9% inefetividade quantitativa) e 27,4% por segurança (52,7% insegurança quantitativa e 47,3% insegurança não quantitativa). Considerando que a existência de RNM's tornam-se importantes agravos para a saúde pública, a Atenção Farmacêutica apresenta-se como uma alternativa eficaz na busca por melhores resultados clínicos e econômicos, promovendo saúde e prevenindo agravos.

Palavras Chave: Atenção Farmacêutica. Medicamentos. Estratégia de Saúde da Família. Assistência a idosos.

ABSTRACT

The main point of entry to the Brazilian Unified Health System (SUS) is through Primary Health Care (PHC). As the Brazilian population ages, the Chronic Non-Communicable Diseases (CNCD) become the highest priority of health care. Considering the impacts of the CNCD, it is essential to adopt approaches that allow implementing proper therapeutic interventions to increase the effectiveness of the pharmacological treatment, which requires the strengthening of the SUS regarding the assistance of such patients, through the care models for chronic conditions and the expansion and qualification of the Family Health Strategy (FHS), prioritizing caring activities and autonomy of subjects. Thus, the present work identified and analyzed Negative Results Associated with Medication (NRM) in a group of 12 patients with diabetes mellitus and/or systemic arterial hypertension, aged over 65 years, in a FHS. The study was performed using the methodology proposed by the Dáder program of pharmacotherapeutic follow-up, which was developed by the research group in pharmaceutical care of the University of Granada, Spain. The method used included the steps: service offer, first interview, situational analysis, study phase, evaluation phase, and pharmaceutical intervention. The evaluation phase was created with the Delphi technique, which is a method of consensus of experts developed by Dalkey and Helmer. The panel of experts found 271 NRM, considering 22.1% by necessity (100% untreated health problem), 50.5% by effectiveness (70.1% non-quantitative ineffectiveness and 29.9% quantitative ineffectiveness), and 27.4% by security (52.7% quantitative insecurity and 47.3% non-quantitative insecurity). Considering that the existence of NRM turn into major public health problems, the pharmaceutical care is an effective alternative in the search for better clinical and economic results, promoting health and preventing aggravations.

Keywords: Pharmaceutical care. Medications. Family Health Strategy. Elderly care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 DESENVOLVIMENTO.....	11
2.1 DIAGNÓSTICO.....	11
2.1.1 O Município de Marau-RS como cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde.....	11
2.1.2 Sistema e Rede de Saúde Local e Regional.....	12
2.1.3 Participação Social da Unidade de Saúde.....	13
2.1.4 Estrutura da ESF Santa Rita.....	13
2.1.5 O Processo de Trabalho na ESF.....	16
2.1.6 População da ESF Santa Rita.....	17
2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO.....	20
2.2.1 Introdução.....	20
2.2.2 Objetivo.....	21
2.2.3 Justificativa.....	22
2.2.4 Revisão Bibliográfica.....	24
2.2.5 Material e Método.....	27
2.2.6 Análise Estatística.....	33
2.2.7 Orçamento.....	34
2.2.8 Cronograma.....	35
3 EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO.....	36
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	42
Apêndice A- Entrevista Farmacêutica: Problema de saúde.....	48
Apêndice B- Entrevista Farmacêutica: Medicamentos.....	49
Apêndice C- Estado de situação.....	50
Apêndice D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	51
Apêndice E- Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas.....	53
Apêndice F- Execução, Avaliação, Análise e Discussão dos Resultados à luz do Referencial Teórico Definido.....	54
ANEXO A- Normas da Revista.....	66

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 incorporou as principais propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, tratando da saúde e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a Lei Nº 8.080, de 19/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a). O SUS é o maior sistema público de saúde do mundo, abrangendo desde atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos (MENDES, 2013).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações (BRASIL, 1988). A participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde estão dispostas na Lei Nº 8.142, de 28/12/1990 (BRASIL, 1990b).

A Lei Nº 8.689, de 27/07/1993, dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) (BRASIL, 1993). Já o Decreto Nº 7.508, de 28/06/2011, regulamenta a Lei Nº 8.080 (BRASIL, 2011). A regulamentação do § 3º do art. 198 da Constituição Federal, o estabelecimento de critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo são completados na Lei complementar Nº 141, de 13/01/2012, assim como a revogação de dispositivos da Lei Nº 8.080, e da Lei Nº 8.689 (BRASIL, 2012). A criação do SUS ocasionou a democratização da saúde no país, antes acessível apenas para alguns grupos da população, a mesma passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (BENEVIDES E PASSOS, 2005).

A principal porta de entrada ao SUS se dá através da Atenção Primária a Saúde (APS), caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2006). A APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Para tanto, utiliza-se tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, a fim de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006). Sendo assim, é fundamental que a APS se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 1999).

Desejando a assistência integral à saúde da população elaborou-se, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) que, atualmente, tem sido denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população (BRASIL, 2003). A ESF visa à reorganização da Atenção Básica (AB) no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB (BRASIL, 2012).

Dessa forma, na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (PAVANI E MEDEIROS, 2009).

Com a intenção de modificar o modelo de saúde vigente, em 2005, foi lançada pelos ministérios da Educação e Saúde a residência multiprofissional em saúde. Assim sendo, um programa que visa por meio de um curso de pós-graduação *lato-sensu* qualificar a formação superior dos profissionais de saúde para enfrentar as dificuldades da implantação/organização do SUS. Foram priorizadas as categorias profissionais que integram área da saúde a áreas afins, com destaque para as seguintes profissões: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, psicologia, medicina veterinária, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, serviço social e terapia ocupacional. (BRASIL, 2009).

A formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem visar ao desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais em um dado território, planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o autocuidado e emancipação (OLIVEIRA, 2004).

Posto isso, a residência multiprofissional em saúde da família deseja que o contato do residente com as particularidades da população do território adstrito faça com que esse

profissional adquira bases para uma conduta mais humanizada, centrada no paciente, mantendo uma postura crítica e reflexiva, mostrando-se presente e participante das atividades com a comunidade, com o propósito de aliviar o sofrimento humano e melhorar a qualidade de vida (NASCIMENTO, 2008).

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 DIAGNÓSTICO

2.1.1 O Município de Marau-RS como cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde

O município de Marau-RS foi emancipado em 28 de fevereiro de 1955, sua população era constituída majoritariamente por imigrantes italianos, encontrando na agricultura sua principal atividade econômica. Nas últimas décadas, a economia se diversificou, devido ao aparecimento de indústrias, inicialmente relacionadas ao setor frigorífico e posteriormente se expandindo para os setores metalmeccânico e couro.

Assim como, houve o fortalecimento do setor terciário, com a cidade se tornando referência microrregional para o comércio e prestação de serviços. O crescimento econômico ocasionou uma forte migração, e conseqüentemente um alto crescimento demográfico, que hoje é um dos maiores do Estado. Diante disso, afirma-se que a população marauense atual é bastante diversificada, com moradores oriundos de várias regiões do Estado, do País e até de outros Países.

O município de Marau-RS está localizado na região do Planalto Médio, na região da produção. Seu território faz limites com os municípios de Passo Fundo, Mato Castelhano, Vila Maria, Camargo, Soledade, Nicolau Vergueiro, Ernestina e Ibirapuitã. Possui um clima classificado como temperado, com altitude de 650 m e uma área territorial total de 649,3 m² (PLANO MUNICIPAL, 2014).

A população atual do município é de 40.174 habitantes, distribuindo-se 86,7% urbana e 13,2% rural (IBGE, 2015). Embora tenha uma expectativa de vida acima da média do Estado (74,64 anos contra 75,9 anos), o contingente de pessoas com mais de 60 anos é menor que a média (10,9% contra 13,6%), resultado da migração de trabalhadores jovens de outros municípios. A população conceituada como jovem (15 a 24 anos) representa 17,59%, sendo maior que o percentual de 16,39% encontrada no Estado. A população considerada jovem-adulta (15 a 59 anos) representa 68,97% da população, percentual abaixo da média Estadual, que é de 76,37% da população (IBGE, 2010).

2.1.2 Sistema e Rede de Saúde Local e Regional

A nível macrorregional, o município de Marau pertence a 6ª Coordenadoria Estadual de Saúde. Já a nível municipal, se organiza através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (inaugurada em 1988). Hoje, o município presta atendimento à população em 12 ESF (correspondente a 100% de cobertura), um Posto de Saúde Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cadastrados junto ao CNES (Cadastro Nacional Estabelecimentos).

O município possui algumas peculiaridades na área da saúde, como por exemplo, três ESF são mistas (compostas por duas equipes) e duas estruturas físicas para uma equipe de ESF. Todas as ESF funcionam diariamente de segunda à sexta-feira das 07h30minh às 11h30minh e das 13h às 17h proporcionando os seguintes atendimentos: Consultas médicas; Consultas odontológicas; Consultas psicológicas; Consultas de enfermagem; Assistência farmacêutica; Atendimento ambulatorial; Visitas domiciliares; Atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, expressão corporal, grupo de artesanato, grupo de mulheres, ente outros); Imunizações; Vigilância Epidemiológica; Limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; Planejamento familiar; Pré-natal e puericultura; Notificações; Coleta citopatológica; Administração de medicamentos; Saúde bucal curativa e preventiva, entre outras.

Quanto ao Posto de Saúde Central, está localizado junto a SMS e fornece atendimentos especializados, tais como: consultas pediátricas; consultas ginecológicas e obstétricas; e consultas com especialista em saúde mental.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza 182 medicamentos da lista básica na farmácia municipal, contando também com dispensação de medicamentos fornecidos pelo Estado do Rio Grande do Sul (RS).

Ainda, o município conta com o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) que está alocado junto à Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da Educação Permanente (EP), firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS. Além disso, objetivando apoiar as equipes de ESF foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que além de aumentar a resolutividade das equipes, amplia a possibilidade de ações a serem desenvolvidas.

No que tange a assistência hospitalar, o município tem como referência o Hospital Cristo Redentor (HCR), que pode ser acessado em casos de emergência, por indicação dos profissionais das ESF pela necessidade de internação hospitalar ou para realização de

procedimentos. Além disso, o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital da Cidade (HC).

A SMS também possui contratos com o HCR, HC, HSVP, Centro de Diagnóstico (CD) e diversos laboratórios de análises clínicas para a realização de exames. Quanto aos casos que demandam atenção especializada de alta complexidade, os pacientes são encaminhados para grandes centros de referência do Estado conforme fluxo de atendimento estabelecido pela SMS e 6ª CRS (PLANO MUNICIPAL, 2014).

2.1.3 Participação Social da Unidade de Saúde

O controle social na ESF Santa Rita se dá através de três espaços: o Conselho Local de Saúde (CLS) (mensalmente na própria ESF) que conta com a participação da equipe de saúde e da comunidade; Conselho Municipal de Saúde (mensalmente na SMS); e o orçamento participativo (realizado pela prefeitura municipal, tendo como local os bairros).

Quanto à educação em saúde, a ESF oferece os seguintes grupos: grupo de mulheres, gestantes, tabagismo, hipertensos e diabéticos, artesanato, caminhada e de expressão corporal. Desenvolve atividades nas escolas pertencentes ao território de abrangência, por meio de atividades de prevenção em saúde.

Além disso, a equipe da ESF participa das feiras de saúde promovidas pelo município e realiza anualmente um brechó de roupas (por meio de doações), com o objetivo de arrecadar fundos para auxiliar nas atividades desenvolvidas com a comunidade ao longo do ano.

2.1.4 Estrutura da ESF Santa Rita

A estrutura física da ESF é composta por 01 consultório médico com sanitário, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico com área para escovário, 01 consultório da psicologia, 01 cozinha, 02 sanitários para usuários, 01 sala de reuniões, 01 sala de recepção, 01 sala de esterilização e estocagem, 01 almoxarifado, 01 área para estocagem de material de limpeza, 01 área para abrigo de material sólido, 01 sala de utilidade, 01 área para compressor e bomba a vácuo, estando de acordo com o previsto na RDC nº 50, de fevereiro de 2002.

Entretanto, alguns itens previstos na Resolução não estão presentes na ESF, tais como: de 01 a 03 salas de espera para pacientes e acompanhantes, 01 sala de recepção, lavagem e descontaminação, 02 salas de procedimentos (existe somente com 01). Há, ainda, 01 sala de vacinas, 01 sala onde ocorre dispensação de medicamentos que não são exigidas pela presente Resolução.

Além disso, a ESF conta com a atuação de equipe multiprofissional exigida pela legislação, conforme Portaria nº 2488, de 2011.

A enfermeira realiza atividades referentes à atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicita exames complementares e encaminha os usuários para outros serviços quando necessário. Além de realizar atividades programáticas e de atenção à demanda espontânea, planeja e avalia ações desenvolvidas pelas ACS juntamente com a equipe, assim como realiza ações de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos necessários.

No município, o enfermeiro não prescreve medicações, entretanto sabe-se que esta é uma prática reconhecida e prevista pela legislação (mediante protocolo assistencial assegurado por lei municipal).

Enquanto a técnica em enfermagem realiza procedimentos, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, participa do gerenciamento de insumos e também realiza ações de educação permanente e educação em saúde.

A ESF conta com duas médicas, sendo que uma destas é profissional efetiva da prefeitura (concurso público) e outra contratada através do Programa Mais Médicos (entretanto, a legislação preconiza apenas um profissional médico por ESF). Essas profissionais atuantes na ESF Santa Rita realizam ações de atenção à saúde da população adstrita, consultas clínicas, procedimentos ambulatoriais, atividades em grupo, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, encaminhamento de usuários a outros pontos da rede de atenção à saúde (quando necessário, mantendo o acompanhamento), indicam, quando necessário, internação hospitalar ou domiciliar, realizam e participam de atividades de educação permanente e educação em saúde, além disso, auxiliam no gerenciamento dos insumos.

Ainda, a ESF conta com 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) totalizando cinco profissionais. As ACS trabalham com adstrição de famílias, cadastram os usuários de sua microárea, orientam as famílias quanto à utilização dos serviços, realizam atividades programadas, acompanham as famílias por meio de visitas domiciliares,

desenvolvem ações que integrem a equipe de saúde e a população, ações de promoção e educação em saúde, prevenção das doenças e agravos, de vigilância à saúde e acompanhamento dos participantes do Programa Bolsa Família. Ademais, no município de Marau-RS, as ACS realizam também na área de abrangência da ESF ações de controle da Dengue, ação esta respaldada pela Portaria vigente em situações de surtos e epidemias.

No que tange a equipe de Saúde Bucal (SB), a ESF conta com uma cirurgiã dentista que realiza atenção em saúde bucal, procedimentos clínicos de saúde bucal, incluindo atendimentos de urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais, realiza também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; desenvolve ações referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe e ações de educação em saúde, além de realizar supervisão do Técnico em Saúde Bucal e participar do gerenciamento dos insumos.

A equipe de SB da ESF também conta com uma técnica em saúde bucal, que realiza atenção em saúde bucal, coordena a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolve atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe, apoia as atividades dos ACS na prevenção e promoção da saúde bucal, participa do gerenciamento dos insumos, realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal. Na ESF não há serviços de radiografia odontológica, desta forma, pacientes que necessitam deste serviço são encaminhados para serviços especializados que possuem convênio com o município.

A jornada de trabalho da equipe de SB é de apenas 20 horas semanais, e por isso, o trabalho de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de diagnóstico do perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal, previstos pela Portaria, ficam prejudicados devido a crescente demanda para atendimentos clínicos e a redução da carga horária de atuação na ESF.

A ESF conta com uma psicóloga e uma farmacêutica na composição de sua equipe mínima, com carga horária de 20 horas semanais cada, o que não é previsto pela Portaria. Ademais, a ESF conta ainda com a atuação de residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sendo duas enfermeiras, duas psicólogas e uma farmacêutica, asquais atuam numa jornada de 60 horas semanais, sendo 40 horas de atividades em campo de prática, e 20 horas em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da residência.

Estes profissionais atuam junto aos demais profissionais da equipe, de forma a complementar o processo de trabalho e movimentar transformações *in loco*. Além disso, a ESF também é campo de imersão dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS. Ainda, a ESF Santa Rita conta com a atuação de um agente administrativo e uma sanificadora.

Na ESF ocorre a dispensação de medicamentos disponíveis na lista básica do município, composta por 182 medicamentos, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e em consonância com as necessidades de saúde prioritárias do município. No que se refere a insumos, esses estão de acordo com as necessidades e demandas do dia a dia, tanto para procedimentos como para demais ações.

2.1.5 O Processo de Trabalho na ESF

O município de Marau-RS conta com o auxílio do prontuário eletrônico do paciente (PEP), exercido através do programa TRACKCARE. O mesmo possibilita registros e evoluções clínicas de acompanhamento dos pacientes, facilitando o cuidado integral e transversal preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quanto às formas de acesso ao serviço, objetivando unificar a forma de agendamento do município, foi implementado o método de agenda aberta para consultas médicas, podendo se agendar atendimento médico em qualquer dia do mês. Em relação aos atendimentos odontológicos e as consultas de enfermagem (principalmente para coleta de exame citopatológico e realização de testes rápidos), estes são agendados no primeiro dia útil de cada mês.

Ademais, os atendimentos às demandas espontâneas do dia são realizados essencialmente pela equipe de enfermagem e ainda não possuem classificação de risco. Fato este, que tem intrigado constantemente a equipe, gerando inúmeras discussões de como descentralizar o acolhimento das demandas da equipe de enfermagem e fazer com que todos os profissionais participem deste momento, também, utilizando-se de uma classificação de risco para fins de organização do processo de trabalho, conforme preconizado nos Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 28 (Acolhimento à demanda espontânea – Queixas mais comuns na AB). Volumes I e II (BRASIL, 2011; 2012).

Para respaldar e orientar os atendimentos, os diversos profissionais da ESF utilizam inúmeros protocolos e cadernos de AB, tais como: CAB32, Pré-natal de baixo risco; CAB26, Saúde Sexual e reprodutiva; CAB18, HIV/AIDS e Hepatites e outros; CAB21, Vigilância;

CAB37, Hipertensão; CAB 28, Acolhimento à demanda espontânea; CAB 35, Estratégias para o cuidado das pessoas com Doença Crônica, entre outros.

Com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, no ano de 2011, a ESF Santa Rita aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ) e desde então vem trabalhando para adequar as ações desenvolvidas e as estruturas disponíveis, a fim de qualificar a assistência ofertada aos usuários.

No que diz respeito à vigilância em saúde, são realizadas ações de acompanhamento, busca ativa, notificações e discussão dos casos em equipe. As reuniões de equipe são realizadas semanalmente com duração de 2 horas, tratando-se de um importante momento respaldado e assegurado enquanto parte do processo de trabalho da unidade.

Por conseguinte, são realizadas visitas domiciliares rotineiramente pelas ACS e também pela equipe, principalmente aos pacientes idosos, acamados, portadores de necessidades especiais, pacientes com dificuldade de locomoção, paciente com problemas de adesão ao tratamento, puérperas e recém-nascidos. Ações estas previstas pelas legislações da AB.

2.1.6 População da ESF Santa Rita

Inicialmente, o território da ESF Santa Rita foi formado por famílias do interior que se mudaram para a área urbana a fim de trabalhar na BRF (Brasil Foods), empresa frigorífica instalada no território. Devido a este fato, a população do território cresceu progressivamente nos últimos anos, integrando também imigrantes de outras regiões que também vieram em busca de trabalho.

No ano de 2003, inaugurou-se no território a ESF Santa Rita (Figura 1), que compreende a equipe nº 04 do município de Marau. Atendendo a população adstrita no território e atua em consonância com os princípios e diretrizes previstas pelo SUS.

população adstrita. Dessa forma, os números do levantamento do IBGE, do cadastramento das ACS e do sistema TRAKCARE são divergentes e não refletem fidedignamente a realidade da população assistida pela ESF, fato que muitas vezes dificulta o planejamento e organização das ações desenvolvidas.

Entre as principais dificuldades vivenciadas pelos indivíduos do território, citam-se: drogas, alcoolismo, violência contra a mulher, doenças ocupacionais e problemas relacionados à saúde mental. Posto isso, entende-se que a população adstrita possui demandas diversificadas, tornando-se essencial a atuação multidisciplinar para a qualificação da assistência ofertada.

2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

2.2.1 Introdução

A principal porta de entrada do SUS se dá através da APS, caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2006). A APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de áreas geográficas delimitadas, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

Sendo assim, é fundamental que a APS se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 1999). Para tanto, utilizam-se tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, a fim de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006).

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o abastecimento contínuo e uso racional de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, através de processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, prescrição e programação, tendo sempre como objetivo principal a melhoria da qualidade de vida da população (MARIN et al., 2003).

A compreensão e a aplicabilidade prática do conceito de Assistência Farmacêutica são essenciais para o bom funcionamento do SUS. A simples garantia de acesso ao medicamento não assegura totalmente a melhora da saúde da população. Por isso, o conjunto de ações desenvolvido pelo farmacêutico, tendo o medicamento como insumo essencial, não se restringe a esse aspecto, mas envolve, também, a promoção do seu uso racional (MANZINI et al., 2005).

Nesse sentido, o Seguimento Farmacoterapêutico (SF) é uma prática profissional em que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas com medicamentos, realizado através da detecção de Resultados Negativos associados à Medicação (RNM's), tendo como objetivo de alcançar resultados concretos que melhorem a

qualidade de vida e a adesão farmacológica do paciente. O método Dáder de SF desenvolvido pelo “grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada” é um dos métodos que permite ao farmacêutico seguir normas claras e simples para este tipo de intervenção (AZINHEIRA, 2015).

Posto isso, o presente projeto visa à realização da Assistência Farmacêutica em uma unidade Básica de Saúde, com o objetivo de realizar a busca de RNM’s.

2.2.2 Objetivo

2.2.2.1 Objetivo Geral

Identificar e avaliar a existência de RNM’s, em um grupo de pacientes portadores de Diabetes *mellitus* (DM) e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), através da utilização do método Dáder de SF, em uma ESF.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

-Detectar, classificar e resolver os RNM, em um grupo de pacientes portadores de DM e HAS;

-Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em um grupo de pacientes portadores de DM e HAS.

2.2.3 Justificativa

No Brasil, a população idosa aumenta progressivamente, podendo chegar a 16 vezes o seu total em 2027, comparando com o total de idosos nos anos cinquenta. Conseqüentemente, esse crescimento geralmente resulta no aparecimento de um maior número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (RIBEIRO et al., 2010) como o DM e a HAS. Esta população apresenta maior vulnerabilidade em relação às patologias não transmissíveis, possuindo um tratamento duradouro e sendo expostas a fatores de riscos passíveis de intervenções imediatas com maior frequência. Diante dessa realidade, mostra-se à necessidade da melhoria de programas vinculados aos idosos, visando à prevenção de sequelas, o bom desempenho funcional e a assistência individualizada (RODRIGUES et al., 2008).

O município de Marau-RS possui uma população atual de 40.174 habitantes, distribuindo-se 86,7% urbana e 13,2% rural, entre esses 2.595 idosos com idade superior a 65 anos, 32.808 alfabetizados e 3.556 analfabetos (IBGE, 2010). Segundo dados obtidos no prontuário eletrônico, TrakCare¹ 2016, o município possui 4.764 pessoas diagnosticadas com HAS e 1.348 pessoas diagnosticadas com DM. A ESF Santa Rita um dos campos de atividades práticas dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da UFFS, território onde o projeto será desenvolvido, é responsável pelo atendimento de 1.479 indivíduos, provenientes de 564 famílias. Dados do TrackCare 2016, mostram que dentre essa população 108 são idosos com idade superior a 65 anos e hipertensos, desses 28 são diabéticos, 24 analfabetos.

Dados mostram que 15% da população mundial consome mais de 90% da produção farmacêutica e 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados incorretamente (OPAS, 2007). No Brasil estima-se que 23% da população consome 60% da produção nacional de medicamentos, especialmente as pessoas acima de 60 anos (TEIXEIRA E LEFÈVRE, 2001). Segundo dados do Ministério da Saúde 82% dos pacientes que utilizam 5 ou mais medicamentos de uso contínuo o faziam de forma incorreta ou demonstravam baixa adesão ao tratamento. Ainda, um em cada três pacientes abandonou algum tratamento, 54% omitiram doses, 33% usaram medicamentos em horários errados, 21% adicionaram doses não prescritas, 13% não iniciaram algum tratamento prescrito, entre outras constatações.

¹ O município de Marau-RS conta com o auxílio do prontuário eletrônico do paciente (PEP), exercido através do programa TRACKCARE. O mesmo possibilita registros e evoluções clínicas de acompanhamento dos pacientes, facilitando o cuidado integral e transversal preconizado pelo Ministério da Saúde.

Diante desse cenário, o acompanhamento dos pacientes por farmacêuticos é de valiosa contribuição para o aumento da adesão farmacológica, assim como para uma maior compreensão do tratamento e redução do número de reações adversas, minimizando os casos de retorno dos pacientes ao atendimento público de saúde, por problemas no tratamento, havendo uma redução de custos para o SUS, proporcionando benefícios econômicos e terapêuticos (PHILLIPS & CARR-LOPEZ, 1990; GRAYMONPRE et al., 1994).

A ESF é um espaço privilegiado para intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições estabelecidas (MENDES, 2012), visto que esta possui um vínculo direto com o paciente e sua família, tornando-se importante a realização de ações que visam à efetividade dos tratamentos no âmbito da AB. Ademais, a residência possibilita observar a necessidade de auxiliar os usuários, resolvendo ou prevenindo problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia.

Estudos mostram alta eficiência no processo de SF em pacientes portadores de HAS (AMARANTE et al., 2010; BIGUELINI, 2013) e pacientes portadores de DM (BALESTRE et al., 2007; CORRER et al., 2009; CARVALHO et al., 2011).

Considerando que a estrutura etária da população está mudando muito rapidamente, aumentando a expectativa de vida da população idosa, e gerando um aumento da carga de (DCNT), o presente estudo é de fundamental importância no âmbito da saúde pública, pois, irá detectar RNM's, em pacientes portadores de DCNT com idade superior a 65 anos.

2.2.4 Revisão Bibliográfica

2.2.4.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Nas últimas décadas, o padrão de doenças da população mundial vem sofrendo expressiva mudança devido ao envelhecimento e a alterações no estilo de vida. As DCNT e potencialmente incapacitantes tornaram-se as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (SCHMIDT, et al. 2011). São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

Dentre as DNCT, os impactos do DM e a da HAS na utilização dos serviços públicos são relevantes, sendo responsáveis pela primeira causa de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (ROSA, 2008; SCHMIDT et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011).

2.2.4.2 Diabete Mellitus

O DM é uma doença crônica caracterizadas por alterações metabólicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014) de etiologia múltipla, caracterizado por hiperglicemia e alterações do metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas, resultantes de defeitos na secreção de insulina, ação de insulina ou ambas (ALBERTI E ZIMMET, 1998).

O DM clínico é dividido em quatro subclasses: tipo1, tipo2, gestacional e outros tipos específicos (INZUCHI E SHERWIN, 2014). Os principais tipos da doença são os DM1 e DM2. O DM1 acomete principalmente crianças e adolescentes e caracteriza-se pelo processo de destruição autoimune das células beta (β), produtoras de insulina no pâncreas (EIZIRIK et al., 2009). O DM2 é mais comum, representando 90% dos casos mundiais, caracterizado pela resistência à insulina e/ou à insuficiência da secreção de insulina (BUSE et al., 2008).

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes, no ano de 2015, são 415 milhões de pessoas com diabetes no mundo e a estimativa para 2040 é de 642 milhões de pessoas. Em 2015, mais de meio milhão de crianças foram diagnosticadas com DM1. A doença acomete

uma em cada onze pessoas, visto que é mais frequente em homens e indivíduos com baixa escolaridade. Cerca de 215,2 milhões de homens têm a doença, enquanto 199,5 milhões são mulheres. Além disso, 12% dos gastos globais com saúde estão relacionados ao diabetes - U\$ 673 bilhões. No Rio Grande do Sul, o DM2 corresponde a 80-90% dos casos, enquanto o DM1 acomete 10-20% dos pacientes (BUSE et al., 2008; EISENBARTH et al., 2008).

Sinais e sintomas característicos, decorrentes de hiperglicemia, compreendem: poliúria, desidratação, polidipsia e perda de peso. Muitos pacientes com DM2 apresentam-se com sintomas menos característicos, como: astenia, dores nos membros inferiores e visão turva, além de muitos serem assintomáticos (BUSE et al., 2008).

O aumento da prevalência de diabetes tipo 2 está associado com níveis mais elevados de urbanização, o envelhecimento da população, estilo de vida sedentário e maior ingestão de açúcar. As causas do aumento da incidência de DM1 não são claras (REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

2.2.4.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (MALTA et al., 2009; WILLIAMS, 2009). Caracterizada por uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Existe relação direta e linear da PA com a idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006) sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (CESARINO et al., 2008). Dessa forma, a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares cerebrovasculares e renais. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular encefálico, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal. A prevalência na população urbana adulta no Brasil varia de 22,3 a 43,9% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Neste sentido, recursos que possam auxiliar na promoção da adesão, prevenção de riscos e solução de problemas relacionados à terapia medicamentosa, devem ser utilizados no tratamento do DM e HAS.

2.2.4.4 A Atenção Farmacêutica e o Seguimento Farmacoterapêutico

A Atenção Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações, desenvolvida no contexto assistência farmacêutica, na qual o farmacêutico tem um papel fundamental a desempenhar, é o contato direto do farmacêutico com o usuário, objetivando uma farmacoterapia racional e o alcance de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Compreende atitudes, valores éticos, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002; CARTER et al., 2003).

Entre estas atividades assistenciais do farmacêutico o SF é considerado um componente da AF definido como uma prática clínica que pretende monitorizar e avaliar, continuamente, a farmacoterapia do usuário com o objetivo de melhorar os resultados em saúde. Nesse sentido, o Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico desenvolvido pelo “Grupo de Investigación en Atención Farmacêutica de la Universidad de Granada” apresenta-se como uma ferramenta útil, permitindo ao farmacêutico seguir normas claras e simples para realizar o SF de forma sistematizada, detectando RNM (HERNÁNDEZ et al., 2014).

2.2.5 Material e Método

2.2.5.1 Desenho

Pesquisa quantitativa exploratória, direcionado ao levantamento dos RNM's, com base na metodologia DÁDER de SF.

2.2.5.2 Metodologia

O estudo será realizado, no período de Junho de 2017 à Dezembro de 2017, por meio de visita domiciliar, com auxílio das ACS, em um bairro da cidade de Marau-RS, Brasil, com 28 usuários do sistema único de saúde, no território de uma ESF. Os sujeitos da pesquisa serão, pacientes diagnosticados com DM e HAS, com idade superior a 65 anos. As visitas serão realizadas quinzenalmente.

Será utilizada a metodologia proposta pelo Programa Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico, primeiro Consenso, desenvolvido pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica, da Universidade de Granada, Espanha (FAUS et al., 1998; HERNÁNDEZ et al., 2014).

Inicialmente a farmacêutica responsável pela pesquisa irá realizar uma visita domiciliar onde será feito convite aos possíveis participantes. Antes da aplicação da entrevista será apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e os participantes que aceitarem a participar serão convidados a assinar, a pesquisa terá início após assinatura do termo.

O método usado compreenderá as seguintes etapas, descrito por Hernández et al., 2014: 1) Oferta do serviço: consiste em explicar de forma clara e concisa a prestação dos cuidados em saúde que o usuário irá receber: o que é, o que pretende e quais são as suas características principais. 2) Primeira entrevista: tem como finalidade principal obter a informação inicial sobre os problemas de saúde e os medicamentos do usuário. 3) Análise de situação: elabora-se com a informação da história farmacêutica do usuário, que se organiza de forma estruturada em um documento (APÊNDICE C). Finalmente obtém-se uma esquematização dos problemas de saúde e dos medicamentos que permite dispor de uma visão geral sobre o estado de saúde do usuário. 4) Fase de estudo: é a etapa que permite obter informação objetiva sobre os problemas de saúde e a medicação do usuário. Trata-se de encontrar a melhor evidência científica disponível e partir de uma pesquisa de informação, que se realizará com o maior rigor possível, nas fontes mais relevantes e focada na situação

clínica do usuário. 5) Fase de avaliação: tem como objetivo identificar os RNM's, nessa fase será utilizada a Técnica Delphi, é um método de consenso de especialistas, fundamentada em 1953 por Dalkey e Helmer. Esse método permite que profissionais de especialidades diferentes possam entrar com consenso em um curto prazo de tempo, diminuindo a distância entre eles. Algumas características como a inexistência de contato presencial entre os participantes e a possibilidade de amplas discussões sobre um único problema torna a técnica Delphi a escolha de diversos estudos educacionais na área da saúde (LINDERMAN, 1975; MAGARINOS-TORRES, 2007). A técnica baseia-se no contato com especialistas da área estudada, através de perguntas, onde as mesmas após serem respondidas e reenviadas, criam o painel de consenso, este estruturado por um mediador.



Figura 3. Técnica Delphi resumida e adaptada de DALKEY, 1969.

6) Intervenção farmacêutica: tem como objetivo colocar em prática o plano de atuação com o usuário.

No final da pesquisa os participantes serão convidados a participar de um grupo na ESF pertencente ao território onde o trabalho está sendo desenvolvido. Durante o encontro será dado o retorno dos resultados da pesquisa aos participantes.

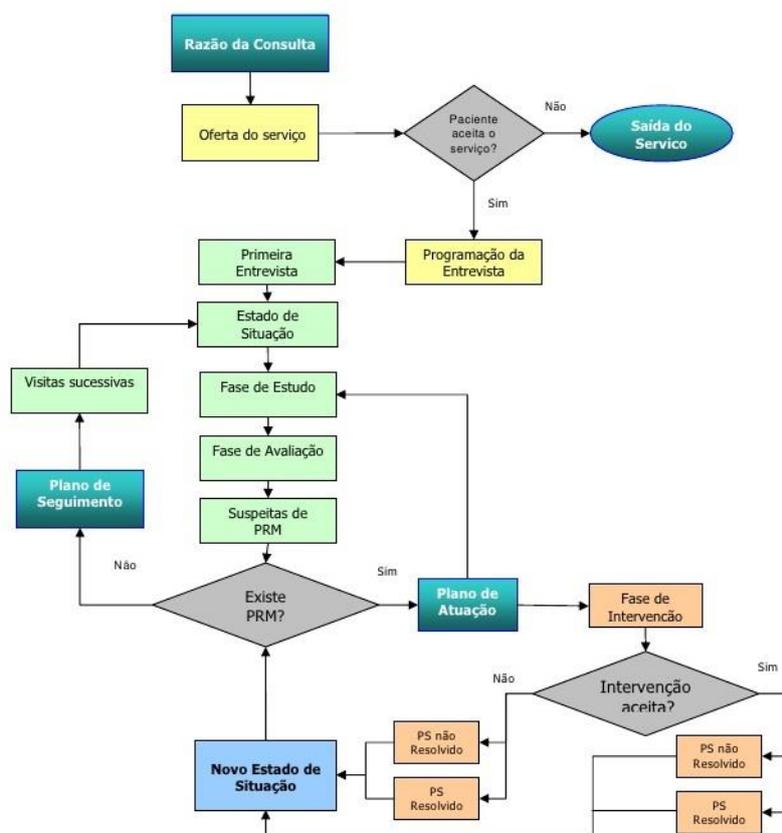


Figura 4. Esquema representativo com as etapas do Método de Dáder de SF (HERNÁNDEZ et al., 2014).

De acordo com a metodologia Dáder, a farmacoterapia pode apresentar problemas na necessidade, efetividade e segurança (classificações dos RNM's) do fármaco, e através da detecção de PRM's, é possível determinar o que está interferindo nos resultados terapêuticos e na qualidade da vida do usuário. Os Problemas Relacionados à Medicação (PRM's) e RNM's são classificados de acordo com o quadro abaixo:

	Classificação antiga de PRM	Classificação nova de RNM
NECESSIDADE	<p>PRM 1- Indicação não tratada (o paciente não recebe o medicamento que necessita).</p> <p>PRM 2- Medicamento desnecessário (o paciente recebe um medicamento sem indicação).</p>	<p>Problema de Saúde não tratado O usuário sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.</p> <p>Efeito de medicamento não necessário O usuário sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.</p>

EFETIVIDADE	<p>PRM 3- Medicamento não é efetivo (o paciente recebe/toma um medicamento que não é efetivo, independentemente da dose).</p> <p>PRM 4- Doses subterapêuticas (o paciente recebe/toma um medicamento que não é efetivo por baixa dose, sub-dose).</p>	<p>Inefetividade não quantitativa O usuário sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.</p> <p>Inefetividade quantitativa O usuário sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.</p>
SEGURIDADE	<p>PRM 5- Reações adversas (o paciente recebe/toma um medicamento que não é seguro independentemente da dose, por provocar reações adversas).</p> <p>PRM 6- Superdosagem (o paciente recebe/ toma um medicamento que não é seguro por excesso de dose).</p>	<p>Inseguridade não quantitativa O usuário sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade não quantitativa de um medicamento.</p> <p>Inseguridade quantitativa O usuário sofre de um problema de saúde associado a uma inseguridade quantitativa de um medicamento.</p>

Quadro 1. Classificação dos PRM's e RNM's.

Os PRM's podem originar RNM's, sendo que o uso de um medicamento e os problemas relacionados com este podem resultar um novo problema de saúde. Daí a necessidade de prevenir a ocorrência de PRM. (SANTOS et al.,2007).

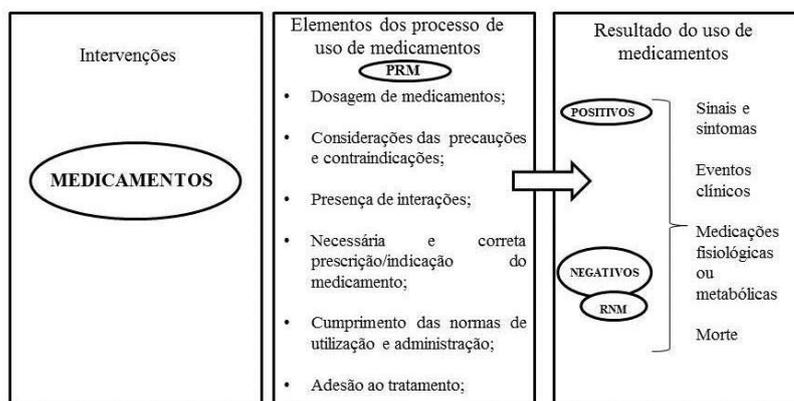


Figura 5. Inter-relação entre PRM e RNM,(adaptado pela autora de HERNÁNDEZ et al, 2014).

Serão utilizadas fichas pré estruturadas para a coleta dos dados (APÊNDICE A e B), as mesmas serão preenchidas no momento da entrevista.

2.2.5.4 Critérios de Inclusão

Idosos com idade superior a 65 anos, em tratamento para DM e HAS.

2.2.5.5 Critérios de Exclusão

Paciente que estão a menos de um ano em tratamento.

2.2.5.6 Riscos

A participação na pesquisa poderá causar riscos como constrangimento nas abordagens durante a aplicação do questionário, sendo os riscos dimensionados como sendo leve. Como forma de minimizar estes riscos, será oferecido atendimento psicológico e também com os outros profissionais da equipe na própria ESF pertencente ao território, onde o trabalho está sendo realizado.

2.2.5.7 Benefícios

O benefício direto diz respeito ao acompanhamento pelo farmacêutico através do SF, e o indireto, identificação de RNM'S trazendo um melhor resultado em saúde.

2.2.5.8 Questões Éticas

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, cuja composição atende as recomendações da Resolução nº 466/CNS/ MS, de 12/12/2012, e será iniciado somente após sua aprovação. Serão levados em consideração os devidos cuidados para garantia do anonimato e do sigilo dos dados pessoais, de modo a evitar constrangimentos ou prejuízos aos sujeitos da pesquisa. Além disso, os dados obtidos através das entrevistas serão anônimos, e caso seja necessário identificar os participantes serão utilizados nomes fictícios.

Os dados coletados serão armazenados por um período de 5 (cinco) anos sob a responsabilidade do (a) Professor José Afonso Corrêa da Silva, no Campus da UFFS. Rodovia RS 153 – Km 03, Seminário Nossa Senhora Aparecida, Bairro Jardim América. Passo Fundo - RS. CEP 99034-600.

2.2.5.9 Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Antes da aplicação da entrevista será apresentada a pesquisa e o TCLE (APÊNDICE D) pela farmacêutica que fará as entrevistas. Em caso de concordância será assinado em duas vias, ficando uma com o sujeito da pesquisa e outra para posterior arquivamento, juntamente com a transcrição da entrevista. Será explicado oralmente para o sujeito de pesquisa, que ele poderá interromper ou parar a entrevista em qualquer momento.

2.2.6 Análise Estatística

Para a análise quantitativa e descritiva todos os resultados serão transferidos para planilha eletrônica. A amostra será calculada a partir da estimativa de proporção populacional, com grau de confiança de 95% e valor crítico de 1,96. A variância dentro das faixas etárias dos dados Sociodemográficos e parâmetros estudados como número de RNM's dos pacientes serão analisados pelo t-test e Mann-Whitney. Para avaliar o grau de influência da faixa etária nas diferentes variáveis do estudo será utilizado o teste de qui-quadrado para sexo, escolaridade, raça e estado civil. O teste paramétrico para estipular as diferenças dentro da amostra será ANOVA, utilizando planilhas eletrônicas de análises estatísticas.

2.2.7 Orçamento

Tabela 1. Valores estimados do orçamento

Material de consumo		
Folhas A4	R\$ 25,00	
Cartucho Impressora	R\$ 60,00	
Caneta	R\$ 2,40	
	Sub- total	R\$ 87,40

2.2.8 Cronograma

Atividade	Ano 2016		Ano 2017				Ano 2018
	3° Trim.	4° Trim.	1° Trim.	2° Trim.	3° Trim.	4° Trim.	1° Trim.
Revisão bibliográfica	X	X	X	X		X	X
Apresentação do projeto para banca				X			
Submissão ao Comitê de Ética				X			
Oferta do serviço					X		
Primeiras entrevistas Farmacêuticas					X		
Estado de situação					X		
Fase de estudo					X		
Fase de avaliação					X		
Identificação de RNM					X		
Fase de intervenção					X		
Elaboração do artigo					X	X	X
Apresentação da monografia							X

3 EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO

A amostra foi composta de 12 (doze) pacientes, com a idade média de 71,5 anos, destes 66,6% do sexo feminino. Na sua maioria (83,3%), moram com integrantes da família e especialmente, cônjuges e filhos, visto que 58,3% eram casados e 41,7% eram viúvos. Quanto ao nível de escolaridade, 25% eram analfabetos e 75% possuíam ensino fundamental incompleto. A preocupação com a saúde mais prevalente foi com a DM (100,0%), seguida da HAS (75,0%). Durante a revisão dos sistemas, os pacientes apresentaram prevalência de dores de cabeça, dor nas costas, anormalidades digestivas e alterações psicológicas, sendo relatadas por mais de cinco pacientes durante a aplicação do método Dáder. De todos os problemas de saúde definidos pelas avaliações e exames complementares (33), 39,4% não estavam resolvidos, sendo que do total de medicamentos prescritos (122), 20,5% estavam sendo ingeridos de forma incorreta e 24,5% deles, tinham suas indicações desconhecidas para com os pacientes (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio demográficas e avaliação global (n=12).

Variável	Estatística
Idade (anos)	71,5 ± 6,5
Gênero	
Masculino	4,0 (33,3%)
Feminino	8,0 (66,6%)
Escolaridade	
Analfabetos	3,0 (25%)
Ensino Fundamental Incompleto	9,0 (75%)
Presença de outros moradores na casa	
Sim	10,0 (83,3%)
Não	2,0 (16,7%)
Estado Conjugal	
Solteiro	0,0 (0,0%)
Casado	7,0 (58,3%)
Viúvo	5,0 (41,7%)
Preocupações com a saúde	
Hipertensão Arterial Sistêmica	9,0 (75,0%)
Hipercolesterolemia	4,0 (33,33)
Diabete	12,0 (100,0%)
Doenças da tireoide	2,0 (16,7%)
Cardiopatias	2,0 (16,7%)
Outros*	4,0 (33,4%)
Alterações relatadas no momento da revisão	
Cabeça, Aparelho digestivo, dor nas pernas e psicológicos	5 vezes

Olhos, Boca seca, Aparelho urinário	3-4 vezes
Formigamento nas mãos e pés e dor nos braços	2 vezes
Problemas de saúde	
Resolvidos	20,0 (60,6%)
Não resolvidos	13,0 (39,4%)
Número de medicamentos	
Utilizados de forma correta	97,0 (79,5%)
Utilizados de forma incorreta	25,0 (20,5%)
Medicamentos que os pacientes não sabiam a finalidade	30,0 (24,5%)

Valores expressam média \pm desvio padrão ou frequência absoluta e relativa.

* Outras preocupações como: dor nas costas, asma, bronquite e ácido úrico.

Dos 122 medicamentos prescritos, 29,5% eram medicamentos para HAS, 19,7% para DM tipo II, 18,9% para prevenção de eventos ateroscleróticos, 6,6% protetor gástrico, 20,4% prescrições de outros medicamentos e 4,9% dos medicamentos prescritos eram para osteoporose. Foram relatados pelos pacientes apenas 7 efeitos adversos relacionados aos medicamentos. As interações medicamentosas que mais apareceram foram às de moderada gravidade (83,3%), seguida das de maior (16,7%). O Ácido Acetil Salicílico 100mg foi o medicamento com maior número de interações (43), seguido da Metformina 850mg (28).

Foram 271 RNM's constatados pelo painel dos especialistas, 22,1% por necessidade (100% problema de saúde não tratado), 50,5% por efetividade (70,1% inefetividade não quantitativa e 29,9% inefetividade quantitativa) e 27,4% por segurança (52,7% insegurança quantitativa e 47,3% insegurança não quantitativa). Foram sugeridas 42 intervenções pelos especialistas (Tabela 2).

Tabela 2: Resultados Negativos associados à Medicação (RNM's) e Número de Intervenções Sugeridas, constatado pelo painel de especialistas (n=271).

Variável	Total de citações pelos 18 (dezoito) especialistas
Resultados Negativos associados a Medicação (RNM's)	271 (100,0%)
Necessidade	60,0 (22,1%)
Problema de saúde não tratado	60 (100,0%)
Efeito de medicamento não necessária	0 (0,0%)
Efetividade	137,0 (50,5%)
Inefetividade não quantitativa	96 (70,1%)
Inefetividade quantitativa	41 (29,9%)
Segurança	74,0 (27,4%)
Insegurança quantitativa	39,0 (52,7)
Insegurança não quantitativa	35,0 (47,3)
Número de Intervenções Sugeridas	42

Valores expressa média ± desvio padrão ou frequência absoluta e relativa.

Os casos dos 12 participantes foram discutidos com a médica da ESF, a avaliação dos especialistas, o que era observado em cada visita domiciliar, bem como as intervenções realizadas pelo farmacêutico foram evoluídos no prontuário eletrônico de cada paciente. Consultas médicas foram marcadas para reavaliação. A médica irá avaliar cada intervenção sugerida nas próximas consultas dos pacientes na ESF, levando em consideração a realidade local e a possibilidade de adesão ao tratamento sugerido.

DISCUSSÃO

A amostra em estudo é composta por um número maior de mulheres, fato que diversos autores associam à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (LYRA et al., 2005). Apesar da existência de uma elevada taxa masculina nos perfis de morbimortalidade, a presença dos homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor comparada com a presença das mulheres (COSTA, 2014). Em relação à escolaridade dos idosos, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2016, mostram que o Brasil possui 11,8 milhões de analfabetos (IBGE, 2016). Esse percentual apresentou relação direta com faixa etária, aumentando a medida que a idade avançava, até atingir 20,4% entre as pessoas com mais de 60 anos, tornando-se de extrema importância o

acompanhamento dessa população por profissionais de saúde. Além disso, o conhecimento humanístico é fundamental para o desenvolvimento de habilidades de comunicação levando em consideração a realidade social, aspectos culturais, valores e crenças.

A intervenção farmacêutica por meio de ações educativas e do aconselhamento sobre o tratamento utilizado traz benefícios à saúde do paciente, bem como para o processo de promoção da saúde. O aconselhamento pode ser realizado com o paciente, com o seu acompanhante familiar, cuidador, e até mesmo com o médico prescritor e demais profissionais de saúde (PARTATA et al., 2010). Assim, a adesão ao tratamento se torna mais efetiva e o paciente e seus familiares tornam-se capacitados para lidar com possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas (ANDRADE et al., 2004).

Dos 271 RNM's constatados pelo painel de especialistas, 50,5% apresentavam resultados negativos por inefetividade, os quais podem ocorrer pelo uso de medicamentos de baixa qualidade, falhas na seleção, erros de medicação, tais como doses inadequadas, interação medicamentosa e falta de orientação quanto ao tratamento, resultando em baixa adesão, mau uso e falta de efetividade da farmacoterapia (BRUNE et al., 2014). Assim como os resultados encontrados, um estudo que também utilizou o Método de Dáder mostrou que a maior porcentagem (30%) dos PRM's encontrados eram relacionados à efetividade quantitativa dos medicamentos (SIQUEIRA & FERREIRA, 2007). Os achados mostraram que 27,4% dos resultados negativos ocorriam por insegurança, esse tipo de RNM pode acontecer devido a alterações fisiológicas dos idosos, as quais podem comprometer a absorção, distribuição, e metabolismo e a eliminação dos fármacos (SIQUEIRA & FERREIRA, 2008). E ainda, 22,1% foram classificados por necessidade podendo estes ser explicados pela não adesão ao tratamento, prescrições e esquemas terapêuticos inadequados (SILVA et al., 2013). Diferente dos nossos resultados, estudos mostram que a maior frequência de PRM's encontrados foram classificados por necessidade e segurança (SILVA, et al., 2013; BJORKMAN et al., 2002).

Das 42 intervenções sugeridas, muitas destas estavam relacionadas à reavaliação das prescrições médicas devido a falta de efetividade dos tratamentos, o que gerou intervenções verbais farmacêutico/médico solicitando mudanças nas doses, posologias e medicamentos. Diferente de outros estudos onde mostraram uma resistência do médico ao apoio farmacêutico (PROVIN et al., 2010), o médico da ESF se mostrou aberto a receber as sugestões e avalia-las em cada retorno dos pacientes para atendimento na unidade. As intervenções relacionadas à adesão ao tratamento, uso, armazenamento e organização dos medicamentos foram realizadas

pela farmacêutica durante as visitas domiciliares. A Atenção Farmacêutica Domiciliar mostrou-se muito eficaz na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, a forma como cada paciente encerra a sua doença e as atitudes que ele apresenta em relação ao tratamento medicamentoso depende das informações recebidas, bem como do acolhimento que ele recebe (CARDOSO et al., 2013). O vínculo entre o farmacêutico, os demais profissionais e usuários produz resultados positivos para ações de prevenção e promoção à saúde (RICIERI et al., 2006).

Nossos achados mostraram que todos os pacientes do estudo apresentaram polifarmácia, fato que alguns autores consideram como à piora das condições de saúde física e mental entre idosos (KADAM et al., 2011). Além disso, idosos que se encontram na faixa etária entre 60 e 69 anos, demonstram uma tendência atual à polimedicação, e muitas vezes ao uso indiscriminado de medicamentos (SILVA et al., 2013). Desse modo, fazendo-se necessário à adoção de medidas que visem a promoção do uso racional de medicamentos pela população, educação continuada com os profissionais e qualificação dos sistemas de saúde para oferecer educação permanente e acesso a informações adequadas e em momento oportuno, bem como adoção de medidas no âmbito da assistência farmacêutica por meio da elaboração e implementação de listas de medicamentos e protocolos clínicos adequados às necessidades da população idosa (CARDOSO et al., 2013).

Por fim, considerando que a existência de RNM's tornam-se importantes agravos para a saúde pública, a AF apresenta-se como uma alternativa eficaz na busca por melhores resultados clínicos e econômicos, promovendo saúde e prevenindo agravos. Assim, reforça-se a importância do profissional farmacêutico nas equipes de ESF, assumindo um papel importante no uso racional de medicamentos bem como no desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos no presente estudo mostraram que é de extrema importância a atuação do profissional farmacêutico juntamente com as equipes de ESF. Construindo vínculos com a equipe e com os usuários, realizando Seguimento Farmacoterapêutico e auxiliando na identificação de RNM's. Além disso, contribuindo para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos no SUS.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, K.G., ZIMMET, P.Z. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part. 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. **Diabetic Medicine**, v.15(7), p.539-553. Julho.1998.

AMARANTE, L.C. et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.31(3), p.209-215. Agosto.2010.

AZINHEIRA, Maria Adelaide Bilé. **Metodologias de Seguimento Farmacoterapêutico**. 2015. 83f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Instituto superior de Ciências da Saúde

BALESTRE, K.C.B.E. et al. Relato de um seguimento farmacoterapêutico de pacientes portadores de diabetes do programa saúde da família de Atalaia, Paraná. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 28, n.2, p.203-208. Outubro.2007.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Réplica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.389-406. Mar/Ago 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: **Senado Federal**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso: 18 de Junho de 2016.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial**, 2011. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 18 de Junho de 2016.

BRASIL. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em: 18 de Junho de 2016.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 18 de Junho de 2016.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990b. Disponível em: <[://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 18 de Junho de 2016.

BRASIL. Lei Nº 8.689, de 27 de Julho 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm> Acesso em: 18 de Junho de 2018.

BRASIL. Manual para a Organização da Atenção Básica / Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1999. Disponível em : <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual_organizacao_ab.pdf> Acesso em: 18 de Junho de 2016.

BRASIL. Manual para a Organização da Atenção Básica / Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf >. Acesso: 4 de Agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 18 de Junho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em : <Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011>. Acesso em: 18 de Junho, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v.3 (1), p. 113-25, jan-mar 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 21 de Junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011. Disponível

em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso: 4 de Agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria Nº 1.077. Dispõe sobre a residência multiprofissional em saúde e a residência em área profissional da saúde e institui o programa nacional de bolsas para residência multiprofissional e em área profissional da saúde e a comissão nacional de residência multiprofissional em saúde. Ministério da educação. Ministério da saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2009. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=8862>. Acesso em: 21 de Junho de 2016.

BRASIL. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 04 de Agosto de 2016.

BRASIL. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2002. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 04 de Agosto de 2016.

BUSE, J.B., POLONSKY, K.S., BURANT, C.F. Type 2 diabetes mellitus. In: kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, eds. Williams textbook of endocrinology. 11 ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008 1329:1389.

CARTER, B.L., ZILLICH, A.J., ELLIOT, W.J. How pharmacists can assist physicians with controlling blood pressure. **The Journal of Clinical Hypertension**, v.1(5), p.31-7.Março.2003.

CASSYANO, J.C. et al. Economic evaluation of pharmacotherapeutic follow-up in type 2 diabetic mellitus patients in community pharmacies. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.53/7, p.825-833.Junho.2009.

CESARINO, C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.91(1), p.31–35.2008

CHIRELLI, Maria Quaglio. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA**. 2002. 291f. Tese (Doutorado em Enfermagem). FAMENA, Ribeirão Preto, 2006.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2002.

CRISTINA, P. B. Atenção farmacêutica domiciliar a hipertensos: experiência baseada no método DÁDER de acompanhamento farmacoterapêutico. **In farma ciências farmacêuticas**, v. 25, nº 1, 2013.

EISENBARTHG, POLONSKY K, BUSE J. Type 1 diabetes mellitus. In: kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, eds. Williams textbook of endocrinology. 11 ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008: 1391-1416.

EIZIRIK, D.L., COLLI, M.L., ORTIS, F. The role of inflammation in insulinitis and beta-cell loss in type 1 diabetes. **Nature Reviews Endocrinology**, v.5(4), p.219-226.Abril.2009.

FAUS, M.J., MARINEZ-ROMERO, F., LÍMÓZ-FERNANDEZ, F. Programa Dáder de implantación del seguimiento del tratamiento farmacológico. **Grupo de Investigación em Atención Farmacéutica**. Granada: Universidad de Granada. Primer Consenso, p.33.1998.

FELIPE, D. C. et al. Influence of pharmacotherapeutic follow-up on the drug treatment of type 2 diabetes mellitus in brazil: a systematic review. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v.2., n.2, p.5-10. Maio/Agosto.2011.

GRYMONPRE, R.E. et al. A Community-based pharmaceutical care model for the elderly: report on a pilot project.**International Journal of Pharmacy Practice**, v.2, p.229-34. Junho.1994.

HERNÁNDEZ, D.S., CASTRO, M.M.S., DÁDER, M.J.F Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico, 2014, versão em português do Brasil. **Grupo de Investigación em Atención Farmacéutica (CTS-131)**. Universidad de Granada. 3ed. 2014

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: informações completas**. 2015. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/4HS>>. Acesso em: 04 de Agosto 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população**. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431180>. Acesso em: 04 de Agosto 2016.

MACHUCA, M., FERNÁNDEZ-LÍMÓS, F., FAUS, M.J. Método de Dáder: manual do acompanhamento farmacoterapêutico. Granada: **GIAF-UGR**, p.43.2003.

MAGARINOS-TORRES, R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S.; PEPE, V.L.E. Critérios e

indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1791-1802, Ago, 2007.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. **Ministério da Saúde**, Brasília. p.337–362. 2009.

MANZINI, F. et al. O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, p. 298. 2015.

MARIN, N. et al. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde**, 2003,

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.

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

NASCIMENTO, Debora Dupas Gonçalves. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família com estratégia de formação da força de trabalho para o SUS**. 2008. 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, Maria Amélia Campos. **Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva**. 2004. 89f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v.62, n.2, p. 23-34, Mar./Abr. 2009.

PHILLIPS, S.L., CARR-LOPEZ, S.M. Impact of a pharmacist on medications discontinuation in a hospital-based geriatric clinic. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v.47, p.1075-9.Maio.1990.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017. Município de Marau, Rio Grande do Sul. 2014. Acesso em: 4 de Agosto de 2016.

RIBEIRO, J.P; POPIM, R.C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.4, n.14, p.765-771. Outubro/Dezembro.2010.

RODRIGUES, R.A.P. et al. Morbidade e a sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.4, p.643-8. Novembro.2008.

SANTOS, H.J. et al. Introdução ao Seguimento Farmacoterapêutico. Lisboa: **Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona**, v.1, 1ª edição, 2007.
SCHMIDT, M. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v.377, p.1949-61.Junho.2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95(1), p.1-51.2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso: 22 de Junho de 2016.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **Ministério da Saúde/Unesco/DFID**, 2004.

STARFIELD, Barbara. Is primary-care essential? **The Lancet**, Estados Unidos, v.344, n. 8930, p. 1129-1133, out. 1994.

TEIXEIRA JJ, LEFÈVRE F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública**, v.35(2), p.207-13. 2001.

WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: **World Health Organization**, 2005.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, v.55(1), p.66–73. De dezembro. 2009.

Apêndice A- Entrevista Farmacêutica: Problema de saúde

Nome:

Escolaridade:

Data:

Problema de Saúde:

Início:

Problema de Saúde:

Início:

Problema de Saúde:

Início:

Documentos para entrevista farmacêutica adaptação pela autora conforme o Programa Dáder® Grupo de Investigación em Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada. **Informações básicas a obter sobre o problema de saúde (P.S): 1)Preocupação e expectativas** do usuário em relação ao P.S; **2) Percepção sobre o controle do P.S** (sintomas, sinais, parâmetros quantificáveis associados à evolução da doença, interpretação dos parâmetros quantificáveis); **3) Situações e causas do P.S. não estar controlado;** **4)Periodicidade dos controles médicos;** **5)Estilos de vida e medidas higiêno-dietéticas** relacionadas com o P.S.

Apêndice B- Entrevista Farmacêutica: Medicamentos

Medicamento: Substância Ativa: P.S que trata: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Posologia prescrita</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Posologia utilizada</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Prescritor:	Posologia prescrita			Posologia utilizada			Percepções da efetividade: Está melhor? Percepções da Seguridade: Algo de estranho?	Data do Início	
	Posologia prescrita								
	Posologia utilizada								
	Data de Fim								
Modo de uso e de administração									
Observações									

Medicamento: Substância Ativa: P.S que trata: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Posologia prescrita</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Posologia utilizada</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Prescritor:	Posologia prescrita			Posologia utilizada			Percepções da efetividade: Está melhor? Percepções da Seguridade: Algo de estranho?	Data do Início	
	Posologia prescrita								
	Posologia utilizada								
	Data de Fim								
Modo de uso e de administração									
Observações									

Medicamento: Substância Ativa: P.S que trata: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Posologia prescrita</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Posologia utilizada</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Prescritor:	Posologia prescrita			Posologia utilizada			Percepções da efetividade: Está melhor? Percepções da Seguridade: Algo de estranho?	Data do Início	
	Posologia prescrita								
	Posologia utilizada								
	Data de Fim								
Modo de uso e de administração									
Observações									

Medicamento: Substância Ativa: P.S que trata: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Posologia prescrita</td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Posologia utilizada</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Prescritor:	Posologia prescrita			Posologia utilizada			Percepções da efetividade: Está melhor? Percepções da Seguridade: Algo de estranho?	Data do Início	
	Posologia prescrita								
	Posologia utilizada								
	Data de Fim								
Modo de uso e de administração									
Observações									

Documentos para entrevista farmacêutica. Adaptação da autora conforme o Programa Dáder® Grupo de Investigación em Atención Farmacéutica. CTS-131 Universidad de Granada

Apêndice D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UFFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DOMICILAR: A importância do Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DOMICILAR: A importância do Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família**. Desenvolvida por **Daniele Leão de Freitas**, discente de **Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase da Família e Comunidade** da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de **Passo Fundo/RS** sob orientação do Professor **Me. José Afonso Corrêa da Silva**.

O objetivo central do estudo é: **Identificar e avaliar a existência de Resultados Negativos associados a Medicação, em um grupo de pacientes portadores de Diabetes mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), através da utilização do método Dáder de Seguimento Farmacêutico, em uma Estratégia de Saúde da Família.**

O convite a sua participação se deve ao fato de você se enquadrar nos critérios de inclusão: **Idoso com idade superior a 65 anos, em tratamento para DM e HAS**. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A sua participação consistirá responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. O tempo de duração do questionário aproximadamente **60 minutos**.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é a **identificação de Resultados Negativos associados à Medicação, objetivando os melhores benefícios para sua saúde.**

A participação na pesquisa poderá causar riscos como constrangimento nas abordagens durante a aplicação do questionário, sendo os riscos dimensionados como sendo **leve**. Explicitaremos oralmente para o sujeito de pesquisa, que ele poderá interromper ou parar a entrevista em qualquer momento.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo

sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Marau, _____ 2017

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

Tel: (55 – 996 – 513266)

e-mail: **dani_lfreitas@hotmail.com**

Endereço para correspondência: **ESF SANTA RITA, Rua Migueal Magnan, 530 - CEP: 99150-000 – Bairro Santa Rita - Marau – Rio Grande do Sul – Brasil**

Inserir da seguinte forma: “Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS”:

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS , Rua General Osório, 413D - CEP: 89802-210 - Caixa Postal 181 – Centro - Chapecó - Santa Catarina – Brasil)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Apêndice E- Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz** o representante legal da instituição **Secretaria Municipal de Saúde** envolvida no projeto de pesquisa intitulado **SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DOMICILAR: A importância do Farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família** declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

Douglas Kurtz

Daniele Leão de Freitas

Marau, _____ de 2017

Apêndice F- Execução, Avaliação, Análise e Discussão dos Resultados à luz do Referencial Teórico Definido

Resultados Negativos associados à Medicação (RNM's) em idosos portadores de doenças crônicas na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

RESUMO

A principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre através da Atenção Primária a Saúde (APS). Com o envelhecimento da população brasileira, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se tornaram a maior prioridade na área do atendimento em saúde. Considerando os impactos das DCNT é fundamental a adoção de abordagens que permitam a implementação de intervenções terapêuticas adequadas que aumentem a efetividade do tratamento farmacológico, exigindo o fortalecimento do SUS, no âmbito da assistência a estes pacientes, com a expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF). O presente trabalho identificou e analisou Resultados Negativos Associados à Medicação (RNM's), em um grupo de 12 pacientes portadores de Diabetes *mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, com idade superior a 65 anos em uma ESF. O mesmo foi realizado utilizando a metodologia proposta pelo Programa Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico desenvolvido pelo “grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada”. O método usado compreendeu as etapas de: oferta do serviço, primeira entrevista, análise situacional, fase de estudo, fase de avaliação e intervenção farmacêutica. A fase de avaliação foi construída através da técnica de Delphi, método de consenso de especialistas, fundamentada por Dalkey e Helmer. Foram encontrados 271 RNM's constatados pelo painel dos especialistas, 22,1% por necessidade, 50,5% por efetividade e 27,4% por segurança. Além disso, os especialistas sugeriram 42 intervenções. Considerando que a existência de RNM's a Atenção Farmacêutica apresenta-se como uma alternativa eficaz na busca por melhores resultados clínicos e econômicos, promovendo saúde e prevenindo agravos.

Palavras-chave: Uso de Medicamentos; Doença Crônica; Assistência Farmacêutica.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o padrão de doenças da população mundial vem sofrendo expressiva mudança, devido ao envelhecimento e as alterações no estilo de vida. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e potencialmente incapacitantes, tornaram-se as principais causas de óbito no mundo (72%) e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e um alto grau de limitações nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral¹. Atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, no entanto expressam sintomas de forma mais intensa, naqueles pertencentes aos grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda².

Além disso, a lógica tradicional da doença aguda, em que se têm sintomas claros, diagnóstico, tratamento e cura, não pode ser aplicada as DCNT, exigindo o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da assistência a estes pacientes, através de modelos de atenção a condições crônicas e com a expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF), priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos. A ESF é um espaço privilegiado para intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições estabelecidas³, visto que esta possui um vínculo direto com o paciente e sua família, tornando-se importante a realização de ações que visam à efetividade dos tratamentos no âmbito da Atenção Básica.

A Organização Mundial da Saúde estima que 50% dos pacientes apresentam baixa adesão ao tratamento⁴. Estudos mostram, que a taxa de não adesão completa aos medicamentos de uso contínuo, em pessoas com mais de 40 anos, é de 63%. As principais causas levantadas são a falta de acompanhamento profissional, a descontinuidade do acesso, e várias doses de medicamentos ao dia⁵. No Brasil, dados do Ministério da Saúde de um estudo com mais de 500 pacientes polimedicados mostra que mais de 80% deles apresentam alguma dificuldade na utilização de seus medicamentos. Um em cada três abandonaram algum tratamento, 54% omitem doses, 14% fazem automedicação inadequada, 33% usam medicamentos em horários errados, 21% adicionam doses não prescritas, 13% não iniciaram algum tratamento prescrito, e 8% cometem erros na técnica de administração da forma farmacêutica, entre outros problemas diversos⁶.

Diante desse cenário, o acompanhamento dos pacientes por profissionais farmacêuticos é de valiosa contribuição para o aumento da adesão farmacológica, assim como

para uma maior compreensão do tratamento e redução do número de reações adversas, minimizando os casos de retorno dos pacientes ao atendimento público de saúde, havendo uma diminuição de custos para o SUS, proporcionando benefícios econômicos e terapêuticos^{7,8,9}. Além disso, consolida vínculos entre o serviço e a população e contribui para a universalização do acesso e a integralidade das ações⁸.

A Atenção Farmacêutica (AF) é um conjunto de ações, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica, na qual o farmacêutico tem um papel fundamental a desempenhar, é o contato direto do farmacêutico com o usuário, objetivando uma farmacoterapia racional e o alcance de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Compreende atitudes, valores éticos, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde^{10,11}.

Entre estas atividades assistenciais do farmacêutico o Seguimento Farmacoterapêutico (SF) é considerado um componente da AF definido como uma prática clínica que pretende monitorizar e avaliar, continuamente, a farmacoterapia do usuário, com o objetivo de melhorar os resultados em saúde. Nesse sentido, o Método Dáder de SF desenvolvido pelo “Grupo de Investigación en Atención Farmacêutica de la Universidad de Granada” apresenta-se como uma ferramenta útil, permitindo ao farmacêutico seguir normas claras e simples para realizar o SF de forma sistematizada, detectando Resultados Negativos associados à Medicação (RNM)¹².

Considerando que a estrutura etária da população está mudando muito rapidamente, aumentando a expectativa de vida da população idosa, e gerando um aumento da carga de DCNT, o objetivo desse estudo foi identificar e avaliar a existência de RMN's, em um grupo de pacientes portadores de DCNT, através da utilização do método Dáder de SF, em uma ESF. Além disso, mediante a aplicação da técnica Delphi, de consenso entre especialistas, buscar possíveis intervenções que possam aumentar a segurança e efetividade na terapia farmacológica.

MÉTODOS

Trate-se de uma pesquisa quantitativa exploratória, direcionado ao levantamento dos RNM's, com base na metodologia Dáder de (SF).

O estudo foi realizado, no período de Junho de 2017 à Dezembro de 2017, por meio de visita domiciliar, com auxílio das agentes comunitárias de saúde, no território de uma ESF, na cidade de Marau-RS. Foram acompanhados 12 usuários, diagnosticados com Diabetes *mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com idade superior a 65 anos. As visitas domiciliares foram realizadas quinzenalmente.

O método usado compreendeu as seguintes etapas, descritas por Hernández et al., 2014: 1) Oferta do serviço: consistiu em explicar de forma clara e concisa a prestação dos cuidados em saúde que o usuário iria receber. 2) Primeira entrevista: teve como finalidade principal obter as informações iniciais sobre os problemas de saúde e os medicamentos do usuário. 3) Análise de situação: através das informações da história farmacêutica do usuário, construiu-se uma esquematização que permitiu ter uma visão geral sobre o estado de saúde do usuário. 4) Fase de estudo: etapa que permitiu obter informações objetivas sobre os problemas de saúde e as medicações do usuário. Tratou-se de encontrar as melhores evidências científicas disponíveis, a partir de uma pesquisa de informação focada na situação clínica do usuário. 5) Fase de avaliação: teve como objetivo identificar os RNM's, nessa fase foi utilizada a Técnica Delphi, método de consenso de especialistas, fundamentada em 1953 por Dalkey e Helmer. Esse método permitiu que profissionais de especialidades diferentes pudessem entrar com consenso em um curto prazo de tempo, diminuindo a distância entre eles. Algumas características como a inexistência de contato presencial entre os participantes e a possibilidade de amplas discussões sobre um único problema torna a técnica Delphi a escolha de diversos estudos educacionais na área da saúde^{13,14}.

A técnica baseou-se no contato de diferentes especialistas (18 profissionais diferentes) as fichas de estado de situação construídas pelo pesquisador do estudo, onde cada um deles foi capaz de avaliar a existência de RNM's e determinar possíveis intervenções que poderiam ser aplicadas para cada paciente. Após a análise de todos os especialistas foi criado um painel de consensos, este estruturado por um mediador. 6) Intervenção farmacêutica: teve como objetivo colocar em prática o plano de atuação com o usuário, formulado pelo painel da técnica Delphi. A relação do método de Dáder com a técnica Delphi (FIGURA 1).

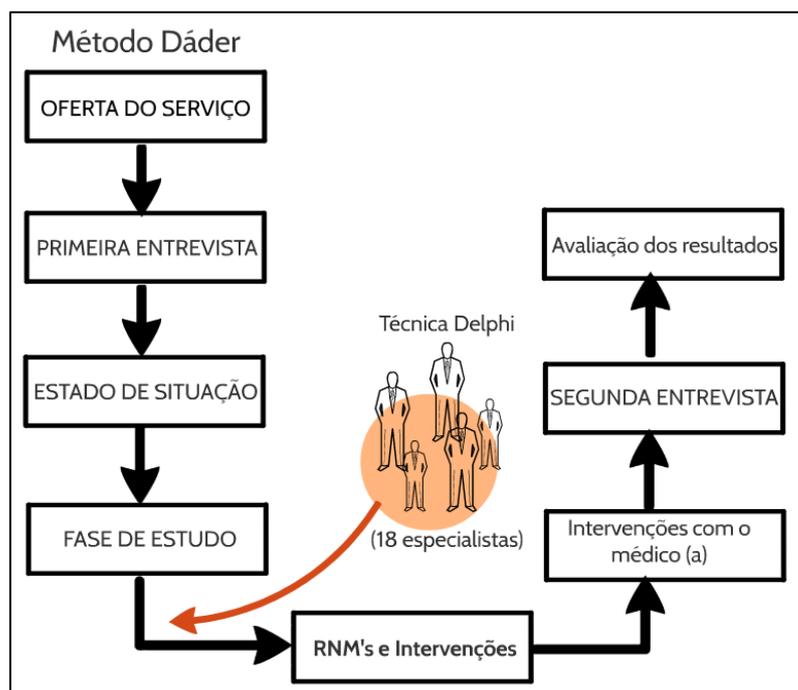


Figura 1- Esquema Método de Dáder.
 FONTE: PRÓPRIA AUTORA

De acordo com a metodologia Dáder, os RNM's podem ser classificados quanto a necessidade, a efetividade e a segurança do fármaco. Necessidade: O usuário sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita, ou o usuário sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita. Efetividade: O usuário sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação, ou o usuário sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação. Segurança: O usuário sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento, ou o usuário sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento. Após o levantamento das informações, todos os casos foram discutidos com a médica da equipe e as intervenções foram propostas durante a realização das visitas domiciliares e das consultas médicas. Também foi realizada avaliação das interações medicamentosas de cada paciente, utilizando o programa *Micromedex*®. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, cuja composição atende as recomendações da Resolução nº 466/CNS/ MS, de 12/12/2012, CAAE número 68216717.2.0000.5564.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 12 (doze) pacientes, com a idade média de 71,5 anos, destes 66,6% do sexo feminino. Na sua maioria (83,3%), moram com integrantes da família e especialmente, cônjuges e filhos, visto que 58,3% eram casados e 41,7% eram viúvos. Quanto ao nível de escolaridade, 25% eram analfabetos e 75% possuíam ensino fundamental incompleto. A preocupação com a saúde mais prevalente foi com a DM (100,0%), seguida da HAS (75,0%). Durante a revisão dos sistemas, os pacientes apresentaram prevalência de dores de cabeça, dor nas costas, anormalidades digestivas e alterações psicológicas, sendo relatadas por mais de cinco pacientes durante a aplicação do método Dáder. De todos os problemas de saúde definidos pelas avaliações e exames complementares (33), 39,4% não estavam resolvidos, sendo que do total de medicamentos prescritos (122), 20,5% estavam sendo ingeridos de forma incorreta e 24,5% deles, tinham suas indicações desconhecidas para com os pacientes (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio demográficas e avaliação global (n=12).

Variável	Estatística
Idade (anos)	71,5 ± 6,5
Gênero	
Masculino	4,0 (33,3%)
Feminino	8,0 (66,6%)
Escolaridade	
Analfabetos	3,0 (25%)
Ensino Fundamental Incompleto	9,0 (75%)
Presença de outros moradores na casa	
Sim	10,0 (83,3%)
Não	2,0 (16,7%)
Estado Conjugal	
Solteiro	0,0 (0,0%)
Casado	7,0 (58,3%)
Viúvo	5,0 (41,7%)
Preocupações com a saúde	
Hipertensão Arterial Sistêmica	9,0 (75,0%)
Hipercolesterolemia	4,0 (33,33)
Diabete	12,0 (100,0%)
Doenças da tireoide	2,0 (16,7%)
Cardiopatias	2,0 (16,7%)
Outros*	4,0 (33,4%)
Alterações relatadas no momento da revisão	
Cabeça, Aparelho digestivo, dor nas pernas e psicológicos	5 vezes
Olhos, Boca seca, Aparelho urinário	3-4 vezes
Formigamento nas mãos e pés e dor nos braços	2 vezes

Problemas de saúde	Resolvidos	20,0 (60,6%)
	Não resolvidos	13,0 (39,4%)
Número de medicamentos	Utilizados de forma correta	97,0 (79,5%)
	Utilizados de forma incorreta	25,0 (20,5%)
	Medicamentos que os pacientes não sabiam a finalidade	30,0 (24,5%)

Valores expressam média ± desvio padrão ou frequência absoluta e relativa.

* Outras preocupações como: dor nas costas, asma, bronquite e ácido úrico.

Dos 122 medicamentos prescritos, 29,5% eram medicamentos para HAS, 19,7% para DM tipo II, 18,9% para prevenção de eventos ateroscleróticos, 6,6% protetor gástrico, 20,4% prescrições de outros medicamentos e 4,9% dos medicamentos prescritos eram para osteoporose. Foram relatados pelos pacientes apenas 7 efeitos adversos relacionados aos medicamentos. As interações medicamentosas que mais apareceram foram às de moderada gravidade (83,3%), seguida das de maior (16,7%). O Ácido Acetil Salicílico 100mg foi o medicamento com maior número de interações (43), seguido da Metformina 850mg (28).

Foram 271 RNM's constatados pelo painel dos especialistas, 22,1% por necessidade (100% problema de saúde não tratado), 50,5% por efetividade (70,1% inefetividade não quantitativa e 29,9% inefetividade quantitativa) e 27,4% por segurança (52,7% insegurança quantitativa e 47,3% insegurança não quantitativa). Foram sugeridas 42 intervenções pelos especialistas (Tabela 2).

Tabela 2: Resultados Negativos associados à Medicação (RNM's) e Número de Intervenções Sugeridas, constatado pelo painel de especialistas (n=271).

Variável	Total de citações pelos 18 (dezoito) especialistas
Resultados Negativos associados a Medicação (RNM's)	271 (100,0%)
Necessidade	60,0 (22,1%)
Problema de saúde não tratado	60 (100,0%)
Efeito de medicamento não necessária	0 (0,0%)
Efetividade	137,0 (50,5%)
Inefetividade não quantitativa	96 (70,1%)
Inefetividade quantitativa	41 (29,9%)
Segurança	74,0 (27,4%)
Insegurança quantitativa	39,0 (52,7)
Insegurança não quantitativa	35,0 (47,3)
Número de Intervenções Sugeridas	42

Valores expressa média ± desvio padrão ou frequência absoluta e relativa.

Os casos dos 12 participantes foram discutidos com a médica da ESF, a avaliação dos especialistas, o que era observado em cada visita domiciliar, bem como as intervenções realizadas pelo farmacêutico foram evoluídos no prontuário eletrônico de cada paciente. Consultas médicas foram marcadas para reavaliação. A médica irá avaliar cada intervenção sugerida nas próximas consultas dos pacientes na ESF, levando em consideração a realidade local e a possibilidade de adesão ao tratamento sugerido.

DISCUSSÃO

A amostra em estudo é composta por um número maior de mulheres, fato que diversos autores associam à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina¹⁵. Apesar da existência de uma elevada taxa masculina nos perfis de morbimortalidade, a presença dos homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor comparada com a presença das mulheres¹⁶. Em relação à escolaridade dos idosos, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2016, mostram que o Brasil possui 11,8 milhões de analfabetos¹⁷. Esse percentual apresentou relação direta com faixa etária, aumentando a medida que a idade avançava, até atingir 20,4% entre as pessoas com mais de 60 anos, tornando-se de extrema importância o acompanhamento dessa população por profissionais de saúde. Além disso, o conhecimento humanístico é fundamental para o desenvolvimento de habilidades de comunicação levando em consideração a realidade social, aspectos culturais, valores e crenças.

A intervenção farmacêutica por meio de ações educativas e do aconselhamento sobre o tratamento utilizado traz benefícios à saúde do paciente, bem como para o processo de promoção da saúde. O aconselhamento pode ser realizado com o paciente, com o seu acompanhante familiar, cuidador, e até mesmo com o médico prescritor e demais profissionais de saúde¹⁸. Assim, a adesão ao tratamento se torna mais efetiva e o paciente e seus familiares tornam-se capacitados para lidar com possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas¹⁹.

Dos 271 RNM's constatados pelo painel de especialistas, 50,5% apresentavam resultados negativos por inefetividade, os quais podem ocorrer pelo uso de medicamentos de baixa qualidade, falhas na seleção, erros de medicação, tais como doses inadequadas, interação medicamentosa e falta de orientação quanto ao tratamento, resultando em baixa adesão, mau uso e falta de efetividade da farmacoterapia²⁰. Assim como os resultados

encontrados, um estudo que também utilizou o Método de Dáder mostrou que a maior porcentagem (30%) dos PRM's encontrados eram relacionados à efetividade quantitativa dos medicamentos²¹. Os achados mostraram que 27,4% dos resultados negativos ocorriam por insegurança, esse tipo de RNM pode acontecer devido a alterações fisiológicas dos idosos, as quais podem comprometer a absorção, distribuição, e metabolismo e a eliminação dos fármacos²². E ainda, 22,1% foram classificados por necessidade podendo estes ser explicados pela não adesão ao tratamento, prescrições e esquemas terapêuticos inadequados²³. Diferente dos nossos resultados, estudos mostram que a maior frequência de PRM's encontrados foram classificados por necessidade e segurança^{23,24}.

Das 42 intervenções sugeridas, muitas destas estavam relacionadas à reavaliação das prescrições médicas devido a falta de efetividade dos tratamentos, o que gerou intervenções verbais farmacêutico/médico solicitando mudanças nas doses, posologias e medicamentos. Diferente de outros estudos onde mostraram uma resistência do médico ao apoio farmacêutico⁸, o médico da ESF se mostrou aberto a receber as sugestões e avalia-las em cada retorno dos pacientes para atendimento na unidade. As intervenções relacionadas à adesão ao tratamento, uso, armazenamento e organização dos medicamentos foram realizadas pela farmacêutica durante as visitas domiciliares. A Atenção Farmacêutica Domiciliar mostrou-se muito eficaz na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, a forma como cada paciente encarra a sua doença e as atitudes que ele apresenta em relação ao tratamento medicamentoso depende das informações recebidas, bem como do acolhimento que ele recebe²⁵. O vínculo entre o farmacêutico, os demais profissionais e usuários produz resultados positivos para ações de prevenção e promoção à saúde²⁶.

Nossos achados mostraram que todos os pacientes do estudo apresentaram polifarmácia, fato que alguns autores consideram como à piora das condições de saúde física e mental entre idoso²⁷. Além disso, idosos que se encontram na faixa etária entre 60 e 69 anos, demonstram uma tendência atual à polimedicação, e muitas vezes ao uso indiscriminado de medicamentos²³. Desse modo, fazendo-se necessário à adoção de medidas que visem a promoção do uso racional de medicamentos pela população, educação continuada com os profissionais e qualificação dos sistemas de saúde para oferecer educação permanente e acesso a informações adequadas e em momento oportuno, bem como adoção de medidas no âmbito da assistência farmacêutica por meio da elaboração e implementação de listas de medicamentos e protocolos clínicos adequados às necessidades da população idosa²⁵.

Por fim, considerando que a existência de RNM's tornam-se importantes agravos para a saúde pública, a AF apresenta-se como uma alternativa eficaz na busca por melhores resultados clínicos e econômicos, promovendo saúde e prevenindo agravos. Assim, reforça-se a importância do profissional farmacêutico nas equipes de ESF, assumindo um papel importante no uso racional de medicamentos bem como no desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica.

REFERÊNCIAS

1. Schmidt M, Duncan BB, Azevedo E Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. 2011, 377:1949-61.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
3. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
4. Organização Mundial de Saúde. Adherence to Longe-Term Therapies – Evidence for Action. Geneva: WHO- World Health Organization; 2014.
5. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Caderno de Saúde Publica*. 2014;30(1):126–136.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência T e IE, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Caderno 4. Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
7. Grymonpre RE, Dawn A W, Huynh DH, Lynn M. A Community-based pharmaceutical care model for the elderly: report on a pilot project. *International Journal of Pharmacy Practice*. 1994; 2:229-34.
8. Provin MP, Campos AP, Nielson SEO, Amaral RG. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família Saúde Soc. São Paulo 2010; 19(3):717-723.
9. Melo DO, Castro LLC. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22:235-244.

10. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica - PROPOSTA. Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
11. Carter BL, Zillich AJ, Elliot WJ. How pharmacists can assist physicians with controlling blood pressure. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2003;1(5):31-7.
12. Hernández DS, Castro MMS, Dáder MJF. Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico, 2014, versão em português do Brasil. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada. 3ed. 2014.
13. Lindeman CA. Delphi survey of priorities in Clinical nursing research. *Nursing Research*. 1975; 24(6):434-41.
14. Magarinos-Torres R, Osório-de-Castro CGS, Pepe VLE. Critérios e indicadores de resultados para a farmácia hospitalar brasileira utilizando o método Delfos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007; 23(8):1791-1802.
15. LYRA JD. Comunicação paciente/farmacêutico: um instrumento libertário e essencial no trabalho do profissional e na promoção da saúde. *Pharmacia Brasileira*. Brasília, 2005;1(6):10.
16. Costa EM, Rabelo ARM, Lima JG. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada*. 2014;35(1):81-88.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2016.
18. Partata AK, Alves LK, Alves AJ. Atuação do farmacêutico na promoção e restauração da saúde de pacientes idosos que fazem uso de polimedicação. *IPATAC*. 2010; 3(2):5-15.
19. Andrade MA, Silva MVS, Freitas O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. *Semina: Ciências Biológicas da Saúde*. 2004;25(1):10-16.
20. 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*, São Paulo. 2014;38(4):402-409.
21. Siqueira HPC, Ferreira JS. Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) em idosos que utilizam anti-hipertensivos, no Centro de Saúde Escola de Custodópolis, em Campos dos Goytacazes, RJ. *Infarma*. 2007;19 (11/12).
22. Siqueira HPC, Ferreira JS. Problemas relacionados a medicamentos em idosos que utilizam anti-hipertensivos. Avaliação no centro de saúde escola de Custodópolis, Campos dos Goytacazes- RJ. *Infarma*. 2008; 20(7/8):9-12.

23. Silva AF, Abreu CRO, Barbosa EMS, Raposo NRB, Chicourel EL. Problemas relacionados aos medicamentos em idosos fragilizados da Zona da Mata Mineira, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2013;16(4):691-704.
24. Björkman IK, Fastbom J, SCHMIDT IK, BERNSTEN CB. Drug–Drug Interactions in the Elderly. *Annals of Pharmacotherapy*. 2002;36:1675-1681.
25. Cardoso CK, Malheiros RT, Torres OM, Silveira MPT. Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada*. 2013;34(2):263-268.
26. Ricieri MC, Previatti D, Campese M, Constantini FH, Montrucchio DP, Kades ASO, et al. O farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta? *Visão Acadêmica*, Curitiba: 2006;7(2):6-11.
27. Kadam U.T. Potential health impacts of multiple drug prescribing for older people: a case-control study. *British Journal of General Practice* 2011;61(583):128-30.

ANEXO A- Normas da Revista

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científicos que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP. Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – link resumo). Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisas nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação *Cadernos de Saúde Pública*, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a *Cadernos de Saúde Pública*.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – LINK 3);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – LINK 4);

1.6 – Questões Metodológicas (LINK 5): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (LINK 1) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (LINK 2);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações); 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente.

Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão.

Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

- 12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
- 12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.
- 12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17 cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.
- 12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por email e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.