



Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva

Camila Krüger Cardoso¹; Rafael Tamborena Malheiros²; Odete Messa Torres³; Marysabel Pinto Telis Silveira^{4,*}

¹ Farmacêutica – Universidade Federal do Pampa (Unipampa), Uruguaiiana, RS, Brasil

² Graduando de Fisioterapia – Universidade Federal do Pampa (Unipampa), Uruguaiiana, RS, Brasil

³ Enfermeira MSc.- Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (Unipampa), Uruguaiiana, RS, Brasil

⁴ Farmacêutica, MSc. PhD- Professora do Curso de Farmácia - Universidade Federal do Pampa (Unipampa), Uruguaiiana, RS, Brasil

RESUMO

A atenção farmacêutica domiciliar (AFD) engloba todas as práticas da atenção farmacêutica, tendo como diferencial a realização de um plano de adesão totalmente adaptado aos fatores sociais e familiares em que o usuário está inserido. Este trabalho relata ações de AFD realizadas pelo Programa de Extensão Universitária Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PISC), da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiiana, destacando sua importância e eficácia no atendimento interdisciplinar. São relatados dez casos acompanhados durante seis meses. A média de idade foi de 55,6 anos (dp=11,06). Foram identificados, no total, treze Resultados Negativos Associados aos Medicamentos, três foram resolvidos na primeira intervenção, três em duas intervenções, e sete foram resolvidos em três a quatro intervenções. Dos quatro problemas com o armazenamento, três foram solucionados em três intervenções e um foi solucionado em quatro intervenções. As intervenções foram realizadas de acordo com o plano traçado pela equipe interdisciplinar para atender às demandas do usuário. O estudo demonstrou que a AFD no contexto interdisciplinar proporciona resultados positivos no controle de doenças crônicas, melhorando a adesão ao tratamento.

Palavras chave: Atenção Farmacêutica. Erros de medicação. Armazenagem de medicamentos. Equipe de assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

Embora antigo, o cuidado domiciliar à saúde seja uma prática recente em termos de assistência pública

e, de estar em processo de ascensão, ele ainda não está completamente inserido nos sistemas de atendimento à saúde e na formação e capacitação dos profissionais (Mendes, 2001; Lacerda et al., 2006). O cuidado domiciliar foi estabelecido no Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 10.424/02 (Brasil, 2002), devendo ser realizado por equipes multiprofissionais atuando nos níveis de prevenção, terapia e reabilitação. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, de 26 de janeiro de 2006 (Brasil, 2006), estabelece o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar no Brasil.

Segundo Fabricio et al. (2004), a visita domiciliar pode ser entendida como o atendimento realizado por um profissional ou equipe de saúde na residência do usuário, com o objetivo de avaliar suas necessidades, de seus familiares e do ambiente onde vive, a fim de estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação ou reabilitação. Para tanto, o profissional de saúde passa a ter um papel de mediador entre o usuário e seu cuidador, prestando orientações quanto às ações de reabilitação, promoção e prevenção, além de vínculo de confiança e acessibilidade para com o usuário e sua família. É importante considerar que neste ambiente, a família participa ativamente das definições de padrões de cuidado, além da participação na definição da saúde (Klock et al., 2005).

No final da década de 80, surgiu nos Estados Unidos um novo modelo tecnológico de assistência denominado “pharmaceutical care”, com o intuito de orientar e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de atenção primária em saúde a partir do medicamento como insumo estratégico (Cipolle, 2000 apud Araújo 2005). Quase ao mesmo tempo, surgiu na Espanha o termo “atención farmacéutica”, sendo este quase que literalmente adotado no Brasil a partir de discussões posteriores lideradas pela Organização Pan Americana da Saúde e Rede UNIDA (Comité del Consenso, 2002).

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 1995), a atenção farmacêutica pode ser definida como a prática profissional que visa beneficiar o paciente através do uso racional de medicamentos,

proporcionando-lhe qualidade de vida através das ações do profissional farmacêutico, bem como de suas condutas, compromisso, responsabilidade, valores éticos e conhecimento.

No Brasil, a Atenção Farmacêutica vem sendo discutida nas instituições de saúde e educação como uma das principais diretrizes para a redefinição da atividade do profissional farmacêutico. Porém, ainda há dificuldades, principalmente no âmbito do SUS, pois a garantia do acesso ao medicamento ainda se constitui o principal obstáculo a ser transposto pelos gestores (Araújo et al., 2005).

A atenção farmacêutica domiciliar engloba todas as práticas da atenção farmacêutica no estabelecimento farmacêutico, mas tem como diferencial a realização de um plano de adesão totalmente adaptado aos fatores sociais e familiares em que o usuário está inserido. Assim, o farmacêutico assume papel fundamental na equipe multiprofissional de saúde: a prevenção, identificação e resolução de Resultados Negativos Associados aos Medicamentos, além de ser responsável pelo desenvolvimento de atividades de orientação dos usuários quanto ao uso de medicamentos, o que possibilita otimizar a adesão à terapia (Comité del Consenso, 2007; Foppa et al., 2008).

O Programa de Extensão Universitária Práticas Integradas de Saúde Coletiva (PISC) da UNIPAMPA, parte de iniciativa discente durante atividades práticas da Disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva III, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Uruguaiana/RS, realizadas a partir de 2009. Nestas atividades percebeu-se a necessidade de orientações interdisciplinares e cuidados domiciliares aos usuários acometidos por traumas cerebrovasculares, doenças crônicas degenerativas, malformações congênitas ou acidentes em geral. Tendo em vista a inserção em Uruguaiana da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) com os cursos da área da saúde, e o compromisso social que a mesma desenvolve, foi criado o Projeto de Extensão Universitária Práticas Integradas em Saúde Coletiva.

Há muitos anos, a interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva vem sendo colocada como exigência, uma vez que seu objeto de trabalho envolve concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio históricas e culturais dos indivíduos e grupos. Embora haja dificuldade de construir uma proposta interdisciplinar, essa é vista como desafio possível e desejável na área da saúde, (Minayo, 1991; Vilela & Mendes, 2003) para, através dela, garantir o princípio da integralidade de assistência, o que pode ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990; Minayo, 1991).

Diante desta proposta, os papéis dos profissionais de saúde ganham mais relevância científica e social, principalmente nos grupos em que há a maior probabilidade de ocorrência de doenças crônico-degenerativas, perdas afetivas e funcionais (Lyra Junior et al., 2006). No cenário do domicílio, os profissionais da saúde necessitam integrar as dimensões biopsicossociais para o cuidado dos indivíduos, famílias e comunidades, com novos modos de agir e de

interagir com a prática, a fim de responder às necessidades de saúde das pessoas em suas diferentes dimensões (Acioli, 2004). Nesse sentido, é preciso discutir a complexidade da atuação profissional isolada, bem como refletir sobre os aspectos intersubjetivos do trabalho em equipe, no que concerne aos cuidados com a saúde do usuário e ao uso dos medicamentos (Lyra Junior et al., 2006).

O objetivo deste trabalho foi relatar as ações de Atenção Farmacêutica Domiciliar realizadas pelo PISC, destacando sua importância e eficácia no atendimento interdisciplinar.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram relatados dez casos de usuários atendidos pelo Programa Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PISC), constituindo uma série de casos, atendidos no período de outubro de 2009 a junho de 2011, na qual cada caso acompanhado por seis meses. As ações do Programa se dão em parceria com as UBS.

A escolha dos casos se deu através de discussão na equipe de saúde sobre usuários necessitados de atenção domiciliar integrada de enfermagem, farmácia e fisioterapia e a escolha dos usuários através da identificação, pelas Agentes Comunitárias de Saúde, em cada micro área do território adscrito das UBS.

Os usuários identificados foram visitados pela equipe de acadêmicos, juntamente com as Agentes Comunitárias de Saúde de referência, sob supervisão de um docente.

Na primeira visita, foram coletados dados sociodemográficos como nome, idade, sexo, doenças, queixas e medicamentos em uso. A partir desta visita e com os dados obtidos, traçou-se um plano de intervenção interdisciplinar para atender às demandas do usuário.

Semanalmente, foram realizadas visitas a cada usuário, supervisionadas por docente de enfermagem, farmácia e fisioterapia, em que o plano de intervenção foi colocado em prática visando a promoção da saúde, reabilitação de danos e agravos e a prevenção de outras doenças e complicações.

Com relação especificamente à Atenção Farmacêutica, foi utilizado como referência o Método Dáder de Atenção Farmacêutica (Hernández et al., 2009), no qual consiste de entrevistas previamente planejadas, sendo estas:

Primeiro encontro: pergunta aberta sobre os problemas de saúde que preocupam o usuário e sobre problemas com os medicamentos. Avalia-se a sacola de medicamentos do usuário para identificá-los e registrar a maneira que o usuário os utiliza e armazena. Fase de Estudo: A partir destas informações segue-se a fase de estudo, realizada pelo aluno juntamente com o professor, na qual é realizada a análise situacional e a avaliação global, com a finalidade de identificar, prevenir e buscar soluções para os Resultados Negativos Associados aos Medicamentos (RNM). A identificação de RNM segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança, próprios da farmacoterapia. O Terceiro Consenso de Granada (Comité del Consenso, 2007) define estes três princípios como: necessidade – quando o usuário tem problema de saúde por não utilizar o medicamento que necessita, ou por usar um medicamento que não necessita; efetividade – o usuário

tem problema de saúde devido a uma não efetividade do medicamento; segurança – usuário com problema de saúde devido a não segurança.

Segundo encontro: ocorre a explanação ao usuário, dos RNM identificados e a proposição de estratégias para solucioná-los (Intervenção Farmacêutica).

Nos encontros subsequentes continua-se a avaliação, focada sempre em possíveis RNM. De acordo com o método, não há necessidade de encontros frequentes, a não ser que ocorra uma mudança no tratamento ou o usuário solicite atendimento, mas neste trabalho, foi realizado acompanhamento semanal até a resolução dos RNM. Após a resolução, os encontros foram mais esparsos, ocorrendo mensalmente.

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (Ivama et al., 2002) define os macrocomponentes de atenção farmacêutica, sendo eles: Educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos); Orientação farmacêutica; Dispensação; Atendimento Farmacêutico; Acompanhamento/seguinto farmacoterapêutico; Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados. Foram realizadas todas estas atividades referentes aos macro-componentes, com exceção da dispensação, por tratar-se de atendimento domiciliar.

RESULTADOS

Dos dez casos acompanhados, a média de idade foi de 55,6 anos (desvio padrão = 11,06), a maioria do sexo masculino (n=7). Todos apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS), um deles (Caso 1) apresentava paralisia cerebral (PC), sete (Casos 2, 4, 6, 7, 8, 9 e 10) foram acometidos por acidente vascular encefálico (AVC) e dois (Casos 3 e 6) apresentavam Diabetes Mellitus Tipo II. (Tabela 1)

Tabela 1 – Características dos casos relatados e medicamentos prescritos (n=10)

Caso	Idade	Sexo	Medicamentos Prescritos
1	35	M	Captopril 25 mg 8/8h Hidroclorotiazida 25 mg 1x Baclofeno 10 mg 12/12h
2	58	M	Captopril 25 mg 8/8h Hidroclorotiazida 25 mg 1x Loratadina 10mg 1x
3	54	F	Enalapril 10 mg 8/8h Hidroclorotiazida 25 mg 1x Metformina 850mg 12/12h Glibenciamida 5mg 8/8h
4	65	M	Captopril 25 mg 8/8h Hidroclorotiazida 25mg 1x AAS 100 mg 1x
5	63	M	Captopril 25 mg 8/8h Hidroclorotiazida 25 mg 1x AAS 100 mg 1x Diclofenaco sódico 50 mg se dor
6	53	F	Nifedipino 20 mg 12/12h Glibenciamida 5 mg 1x Metformina 850 mg 1x Paracetamol 750 mg
7	46	M	Captopril 25 mg 8/8h Hidroclorotiazida 25 mg 1x Fenitoína 100 mg 8/8h
8	75	M	Captopril 25 mg 8/8h Hidroclorotiazida 25 mg 1x Nebacetin® 12/12h
9	58	M	Captopril 25mg 8/8h Hidroclorotiazida 25 mg 1x Fenitoína 100mg 8/8h AAS 100 mg 1x Rupinol® à noite
10	49	F	Atenolol 50 mg 12/12h Hidroclorotiazida 25 mg 1x Captopril 25 mg 12/12h

Foram identificados, no total, treze Resultados Negativos Associados aos Medicamentos (RNM), três (Casos 3 e 6) foram resolvidos na primeira intervenção, três (Casos 1, 4 e 7) em duas intervenções, e sete (Casos 2, 5, 8, 9 e 10) foram resolvidos em três a quatro intervenções. Dos quatro problemas com o armazenamento, três foram solucionados em três intervenções (Casos 4, 8 e 9) e um foi solucionado em quatro intervenções.

As intervenções foram realizadas de acordo com o plano traçado pela equipe interdisciplinar para atender às demandas do usuário, levando em consideração a individualidade de cada um, assim como a sua realidade familiar, social e econômica. Exemplificando, a equipe de enfermagem era responsável pela aferição dos parâmetros vitais, educação e aconselhamento sobre aquisição de hábitos saudáveis e sobre sua doença. Enquanto que as ações da fisioterapia eram individualizadas de acordo com as necessidades de cada usuário, sendo os dados para a confecção do plano de atuação multiprofissional coletados durante as entrevistas.

As intervenções farmacêuticas realizadas estão descritas abaixo:

Caso 1: o paciente apresentou RNM de necessidade (não usava medicamento prescrito - baclofeno). A detecção do RNM deu-se em contribuição com os demais membros da equipe interdisciplinar. O paciente apresentava elevado grau de espasmos musculares, os quais dificultavam os exercícios fisioterápicos e as ações realizadas pelos demais integrantes da equipe. As intervenções constaram de conversas com o usuário e o cuidador, com a finalidade de esclarecer a função e importância do uso do baclofeno, que apesar de prescrito, não estava sendo utilizado, pois o usuário não sabia sua finalidade. O medicamento foi adquirido pelo usuário, e o uso passou a ser realizado conforme a prescrição médica. Em 6 meses de acompanhamento, foram observadas significativas melhoras no quadro de espasmos e, conseqüentemente, no desenvolvimento do tratamento fisioterápico deste usuário.

Caso 2: Apresentou RNM de segurança (tosse seca provocada pelo captopril) e de necessidade (uso de loratadina para tratamento da tosse). O paciente apresentava tosse seca acentuada e estava fazendo uso há quatro meses de loratadina, por prescrição médica, para tratamento da tosse. A equipe da fisioterapia avaliou o usuário, constatando que a ausculta pulmonar apresentava sons pulmonares presentes, sem ruídos adventícios. Ao solicitar a tosse, a mesma era eficaz, mas não produtiva, caracterizando a ausência de secreção pulmonar. O paciente também usava captopril e hidroclorotiazida para tratamento da hipertensão. O captopril, por ser um inibidor da enzima conversora de angiotensina, tem como efeito secundário a tosse seca. A intervenção visou esclarecer o motivo da tosse e indicar consulta médica para relatar o problema e verificar a possível troca de classe medicamentosa. O médico mudou o anti-hipertensivo, prescrevendo um betabloqueador (atenolol 25 mg 12/12h). Após seis meses de acompanhamento o usuário mantinha sua pressão arterial estabilizada e não apresentou mais tosse, comprovando a hipótese do RNM de segurança.

Caso 3: RNM de necessidade e segurança. Na primeira entrevista foi constatado que a hidroclorotiazida era administrada quatro vezes ao dia, caracterizando um

RNM de segurança não manifestado (RNM provável), devido ao uso excessivo de hidroclorotiazida, já que a mesma pode provocar hipocalemia. Durante a realização dos exercícios fisioterapêuticos, a usuária relatou dormência nos membros, o que reforça esta hipótese de RNM de segurança. Por sua vez, o enalapril não era utilizado, caracterizando RNM de necessidade. A usuária confundia os comprimidos de hidroclorotiazida e enalapril, utilizando apenas o primeiro. Além disso, não cuidava da alimentação, sendo este o provável causador do descontrole glicêmico. Foi realizada a intervenção com a finalidade de esclarecer a diferença entre os comprimidos de enalapril e hidroclorotiazida. A usuária foi orientada a armazenar separadamente os medicamentos, e unir com uma fita os medicamentos de mesmo princípio ativo para evitar confusão. A equipe da enfermagem realizou a orientação relacionada à alimentação, destacando a importância do controle e as consequências do não controle da glicemia. Em seis meses de acompanhamento, a pressão arterial e a glicemia mantiveram-se estáveis e dentro da normalidade.

Os casos 4, 6, 7, 8, 9 e 10: Apresentaram RNM de efetividade. Não mantinham a pressão arterial controlada devido à má adesão, ocasionada pela dificuldade quanto ao horário de administração dos medicamentos. Os pacientes foram orientados com relação ao melhor horário para uso. Nos casos 4, 7, 8 e 10 as intervenções por meio de conversa foram suficientes para resolução do problema. No caso 6, orientou-se o cuidador a escrever em uma folha, com letras grandes e visíveis, os nomes e os respectivos horários dos medicamentos e afixar na porta da geladeira. No caso 9, a intervenção foi feita relacionando o hábito da cuidadora de assistir televisão: os horários de administração de cada medicamento foram relacionados à programação televisiva.

Caso 5: Apresentou RNM de efetividade e segurança. Devido às dores intensas no joelho, o usuário fazia uso sem prescrição médica, de diclofenaco, o qual estava causando forte desconforto gastrointestinal, caracterizando RNM de segurança. Estas dores não tinham diagnóstico médico. A equipe de fisioterapia através da avaliação percebeu a necessidade de encaminhamento ao médico especialista, para diagnóstico e avaliação da possibilidade de troca do medicamento. Também, verificou-se pressão arterial elevada (160/110 mmHg), sendo constatado o uso de captopril em intervalos incorretos (baixa adesão), e que sua eficácia poderia estar sendo reduzida devido ao uso do diclofenaco (interação medicamentosa), provocando um RNM de efetividade. O paciente foi orientado quanto à correta administração do medicamento e da interferência no efeito. Na visita posterior, o usuário apresentava nova prescrição médica, na qual o diclofenaco foi substituído por paracetamol 750 mg, e confirmação do diagnóstico de osteoartrose em joelho direito. Em seis meses de acompanhamento, o usuário apresentou pressão arterial normalizada e ausência do desconforto gástrico descrito.

Os casos 4, 8, 9 e 10: apresentaram problemas de armazenamento dos medicamentos, resultando em má conservação. No caso 4, os medicamentos eram armazenados na cozinha. Nos casos 8 e 9, os medicamentos eram armazenados próximo da janela, expostos à luz, umidade e alterações de temperatura. No caso 10, os medicamentos eram armazenados fora do blister, em frasco único. A intervenção foi realizada através de diálogos

visando o esclarecimento quanto ao correto armazenamento e sua importância para o sucesso da farmacoterapia. Todos os usuários adaptaram seus locais de armazenamento para as condições descritas nas intervenções. Em seis meses de acompanhamento, os medicamentos continuavam com correto armazenamento.

DISCUSSÃO

O presente trabalho buscou demonstrar a conciliação das ações voltadas ao medicamento e ao usuário, no âmbito domiciliar, ampliando esse foco para uma abordagem que envolva os contextos familiares e sociais. Nas ações realizadas pelo atendimento domiciliar interdisciplinar observou-se que os usuários, em conjunto com a família e a equipe de saúde, formam o tripé que torna mais eficaz a resolução dos problemas com a adesão ao tratamento, tornando-se, desta forma, o ponto chave do sucesso da farmacoterapia.

A Atenção Farmacêutica Domiciliar mostrou-se muito eficaz na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, uma vez que todos os treze RNM identificados foram resolvidos em menos de um mês, assim como também foram resolvidos todos os problemas com armazenamento. Usuários com níveis pressóricos não controlados alcançaram o controle rapidamente após as primeiras intervenções e o mantiveram durante os seis meses de acompanhamento. O que vem ao encontro dos resultados de Araújo et al. (2008), na qual colocam em seu estudo que o conhecimento e a compreensão do usuário quanto à medicação, através da orientação, associados ao suporte social fornecido pelas pessoas da família e pela equipe de saúde, são as variáveis sociopsicológicas mais importantes para a adesão ou não ao tratamento. Assim, a mudança de atitudes por parte do paciente em relação ao tratamento medicamentoso, depende da informação recebida, do acolhimento e da forma como os pacientes incorporam e refazem o discurso em relação à doença e a medicação.

O estudo de Veiga et al. (1985), realizado com pacientes hospitalizados, destaca que apenas um terço (37%) dos entrevistados receberam alguma orientação sobre a sua terapia medicamentosa. Outro estudo realizado por Miasso (2002), com pacientes após a alta hospitalar, evidenciou que, no âmbito domiciliar, o usuário apresenta um maior conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa em comparação ao seu conhecimento sobre medicamentos no período de internação hospitalar. Porém, em ambos os casos, o conhecimento do usuário com relação à terapêutica e às respectivas reações adversas foi inferior a 50%. Estes estudos reforçam os presentes resultados, ao demonstrar a importância de atendimento domiciliar com intervenções educativas.

Mastroianni et al. (2009), observaram que as admissões hospitalares por uso de medicamentos ocorreram predominantemente em idosos (47,5%) e mulheres (62%). Dentre os medicamentos mais frequentes estavam os analgésicos e anti-hipertensivos e normalmente os sintomas associados foram do sistema digestório (20,5%), circulatório (20,2%), respiratório (18,2%) e no sistema nervoso central (13,9%). Estes autores estimaram que, em 15,5% das internações, a possível razão, foi o

uso de medicamentos. Estes resultados representam um alerta, uma vez que demonstram o considerável índice de interações que ocorrem devido à falta de esclarecimento prévio aos usuários de medicamentos, corroborando quanto aos resultados obtidos neste estudo, o qual demonstra que intervenções simples poderiam evitar efeitos indesejados e ineficácia dos medicamentos.

Quanto aos problemas de armazenamento, Mastroianni et al. (2011) demonstraram nos domicílios avaliados a presença de medicamentos em 91,1% deles e destes, 75,8% eram armazenados em locais inadequados; 84,3% apresentavam especialidades farmacêuticas com algum problema de segurança ou identificação; 8,6% dos usuários estavam se automedicando; e 7,5% usavam o medicamento de forma diferente da prescrição, por desacordo posológico ou interrupção do tratamento. Assim, reforça-se a importância da Atenção Farmacêutica Domiciliar, com a finalidade de identificar e resolver estes problemas, de tão fácil e simples identificação e resolução, mas que carecem de cuidados em nível de Atenção Primária à Saúde, por não possuir, na maioria das equipes o “olhar” do farmacêutico.

Fica evidenciada a deficiência do atendimento interdisciplinar ao paciente, uma vez que dados importantes como orientações sobre a terapia medicamentosa e suas respectivas reações adversas não são abordadas previamente. Informações relevantes como estas evitariam uma série de erros relacionados ao uso do medicamento e, conseqüentemente, acabariam por minimizar a ocorrência dos Resultados Negativos Associados aos Medicamentos, além de contribuir para a eficácia da terapia medicamentosa.

A Assistência Farmacêutica não está limitada à aquisição e distribuição de medicamentos. Ao contrário do que preconizam as Políticas Públicas de Medicamentos apresentadas nos últimos anos, faz-se necessário oferecer uma Assistência Farmacêutica integral, de modo que a população tenha acesso a medicamentos de qualidade, eficazes, e de um planejamento para o seu uso seguro e racional (Portela et al., 2010).

Conforme esta tendência, o Brasil está em fase de reestruturação na área do medicamento, envolvendo desde a formação e prática dos profissionais de saúde até o bem estar e qualidade de vida. A implantação de ações preconizadas pelo SUS, a reestruturação das diretrizes curriculares dos cursos da área de saúde, em especial a farmacêutica, a atuação conjunta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Ministério da Saúde e da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), vem fortalecendo as ações voltadas à promoção do uso racional dos medicamentos. Estas ações favorecem a introdução de novas práticas na Atenção Primária à Saúde. No entanto, como estão estruturadas as unidades de saúde, básicas ou distritais do SUS, o modelo de Atenção Farmacêutica é difícil, mas não impossível de ser implantado, devido em parte, às condições inerentes ao atendimento (Pereira & Freitas, 2008).

O trabalho interdisciplinar é, atualmente, uma das bases para a mudança do modelo de assistência à saúde. No decorrer deste estudo, percebeu-se a importância da contribuição de outros profissionais da equipe de saúde para a resolução de RNM e para a melhora dos pacientes. Além disso, a realização de visitas domiciliares mostrou-se

fundamental para conhecer melhor o ambiente familiar e para facilitar a identificação de problemas que possam interferir no sucesso do plano terapêutico. Desta forma, o atendimento farmacêutico no âmbito do domicílio, sua inserção no currículo dos cursos de farmácia e sua inserção na equipe básica da Estratégia de Saúde da Família, possibilitariam a detecção e resolução dos erros relacionados ao uso do medicamento, tornando-se uma importante ferramenta para o sucesso da farmacoterapia.

Este estudo demonstrou que a Atenção Farmacêutica Domiciliar, no contexto interdisciplinar, proporciona a obtenção de resultados positivos no controle de doenças crônicas, melhorando a adesão ao tratamento e o conhecimento dos usuários sobre sua doença. Informa a importância das ações da Atenção Farmacêutica voltadas à Atenção Primária da Saúde com foco às ações e domicílio, a partir da formação à atuação do profissional farmacêutico.

ABSTRACT

Home pharmaceutical care: case studies of users of the integrated practice program in public health

Home pharmaceutical care (HPC) includes all practices of pharmaceutical care, with the difference that it has a membership plan fully adapted to the social and family situation in which the user lives. This paper reports the HPC actions carried out by the university outreach program, Integrated Practices of Public Health (IPPH), of the Federal University of the Pampa, Uruguaiiana, highlighting their importance and effectiveness in the interdisciplinary care. The reports cover ten cases followed up for six months. The mean patient age was 55.6 years (sd=11.06). Seven were male. A total of thirteen negative results associated with drugs were identified, three of which were resolved in the first intervention, three in two interventions and seven in three or four interventions. Of four problems involving storage, three were resolved in three interventions and one in four interventions. The interventions were performed according to the plan outlined by the interdisciplinary team to meet user demands. The study showed that HPC in an interdisciplinary context affords positive results in controlling chronic diseases, improving adherence to the treatment.

Keywords: Pharmaceutical services. Medication errors. Drug storage. Patient care team.

REFERÊNCIAS

- Acioli S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 187-204.
- Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(Sup):611-7.
- Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2005; 26(2):87-92.

- Brasil. Casa Civil. 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. Diário Oficial da União, n. 182, 20 de setembro de 1990. Seção I:18055-59.
- Brasil. Casa Civil. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, n. 72, 16 de abril de 2002. Seção I:1.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União, n. 21, 30 de janeiro de 2006. Seção I:78.
- Cipolle R, Strand L, Morley P. El ejercicio de la atención farmacéutica. Madrid: McGraw Hill: Interamericana; 2000. 368 p.
- Comité del Consenso. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos. *Ars Pharm.* 2002;43(3-4):175-84.
- Comité del Consenso: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (CTS-131), Universidad de Granada (España), Grupo de Investigación en Farmacología (CTS-164), Universidad de Granada (España), Fundación Pharmaceutical Care España, Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC). Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (RNM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007;48(1):5-17.
- Fabricio SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Lat Amer Enf.* 2004;12(5):721-6.
- Foppa, AA, Bevilacqua G, Pinto LH, Blatt CR. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *Rev Bras Ciênc Farm.* 2008;44(4):727-37.
- Hernández DS, Castro MMS, Dáder MJF. Método Dáder: Manual de Seguimento Farmacoterapêutico (versão em português europeu). 3 ed. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas; 2009.
- Ivama AM, et al. Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001-2002 [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002 [citado 2011 jun. 28]. Disponível em URL: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/RelatorioAtenfar20012002.pdf>
- Klock AD, Heck RM, Casarim ST. Cuidado Domiciliar: A Experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UFPEL-MS/BID. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(2):237-45.
- Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc.* 2006;15(2):88-95.
- Lyra Junior DP, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A Farmacoterapia no idoso: Revisão Sobre a Abordagem Multiprofissional no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006;14(3):435-41.
- Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;29(5):358-64.
- Mastroianni PC, Varallo FR, Barg MS, Noto AR, Galduróz JCF. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. *Braz J Pharm Sci.* 2009;45(1):163-70.
- Mendes W. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI; 2001.
- Miasso AI. Terapêutica medicamentosa: orientação e conhecimento do paciente na alta e pós-alta hospitalar [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
- Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina, Ribeirão Preto.* 1991;24(2):70-7.
- Organização Panamericana da Saúde - OPAS. El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud [Internet]. Tokio: Organización Panamericana de Salud; 1995 [citado 2012 jun. 09]. Disponível em: http://www.opas.org.br/medicamentos/temas_documentos_detalle.cfm?id=43&iddoc=222.
- Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev Bras Ciênc Farm.* 2008;44(4):601-12.
- Portela AS, Leal AAF, Werner RPB, Simões MOS, Medeiros ACD. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2010;31(1):09-14.
- Veiga DA, Crossetti MGO, Valentina VAD. Expectativas dos pacientes com relação a sua terapêutica medicamentosa. *Rev HCPA.* 1985;5(1):121-26.
- Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e Saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2003;11(4):525-31.

Recebido em 18 de junho de 2012

Aceito para publicação em 25 de outubro de 2012