

A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde



Edição revisada e ampliada **2010**

A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde

Edição revisada e ampliada
2010

Fundação Ezequiel Dias

A Assistência Farmacêutica **na Atenção à Saúde**

Edição revisada e ampliada
2010

Carlos Alberto Pereira Gomes
Aroldo Leal da Fonseca
Mário Borges Rosa
Mirthes Castro Machado
Maria de Fátima Fassy
Rosa Maria da Conceição e Silva

Colaboradores
Francisco José Pacheco dos Santos
Orenzio Soler

Copyright © by Editora da Fundação Ezequiel Dias

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização escrita do editor.

Governador do Estado de Minas Gerais

Antônio Augusto Junho Anastasia

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto de Saúde

Wagner Eduardo Ferreira

Presidente da Fundação Ezequiel Dias

Carlos Alberto Pereira Gomes

Edição e distribuição

Fundação Ezequiel Dias

Rua Conde Pereira Carneiro,80

CEP 30510-010 Belo Horizonte - MG

Fone: (31)3371-9453

E-mail: faleconosco@funed.mg.gov.br

Arte e diagramação: Autêntica Editora

G633a GOMES, Carlos Alberto Pereira Gomes

A assistência farmacêutica na atenção à saúde/ Carlos Alberto Pereira Gomes; Aroldo Leal da Fonseca; Mirthes Castro Machado; Mário Borges Rosa; Maria de Fátima Fassy; Rosa Maria da Conceição e Silva. Colaboração: Francisco José Pacheco dos Santos; Orenzio Soller; Belo Horizonte: Ed. FUNED, 2010.

144 p.

ISBN: 978-85-99902-03-5

1. Medicamentos. 2. Políticas de saúde. I. Gomes, Carlos Alberto Pereira. II. Fonseca, Aroldo Leal da. III. Machado, Mirthes Castro IV. Rosa, Mário Borges. V. Silva, Rosa Maria da Conceição. VI. Fassy, Maria de Fátima. VII. Santos, Francisco José Pacheco VIII. Soller, Orenzio. e. IX. FUNED. X. Título

CDU 610

NLM QV 55

AUTORES

Carlos Alberto Pereira Gomes

Farmacêutico - Presidente da Fundação Ezequiel Dias - MG

Aroldo Leal da Fonseca

Médico - Farmanguinhos - Fundação Oswaldo Cruz - RJ

Mário Borges Rosa

Farmacêutico - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - MG

Mirthes Castro Machado

Farmacêutica - Fundação Ezequiel Dias - MG

Maria de Fátima Fassy

Socióloga - Fundação Ezequiel Dias - MG

Rosa Maria da Conceição e Silva

Médica - Fundação Ezequiel Dias - MG

COLABORADORES

Francisco José Pacheco dos Santos

Farmacêutico - Faculdade de Tecnologia e Ciência - FTC - Salvador- BA

Orenzio Soler

Farmacêutico - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Sumário



- 9 | Nota à segunda edição – 2010
- 13 | Apresentação
- 15 | Desafios para o farmacêutico
- 17 | Introdução
- 33 | **Capítulo 1** | Assistência Farmacêutica no Plano Estratégico de Saúde de Minas Gerais
- 39 | **Capítulo 2** | Prioridades da Assistência Farmacêutica
- 47 | **Capítulo 3** | Ações Assistenciais
- 113 | **Capítulo 4** | Planejamento e Programação Local da Assistência Farmacêutica
- 119 | **Capítulo 5** | Monitoramento e Avaliação
- 131 | Anexos

Nota à segunda edição – 2010



Em 2006 a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais solicitou-nos a formulação de uma proposta de organização da “Assistência Farmacêutica” para o município de Janaúba, norte de Minas, integrada ao Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, que ali se desenvolvia de forma organizada e eficaz, sob a gestão do então Secretário Municipal Dr. Helvécio Campos de Albuquerque. As significativas mudanças no modelo de atenção à saúde, que estavam em curso no Estado e em especial naquele município, sugeriam, ou melhor, impunham modificações também substantivas nas questões relacionadas ao medicamento e à assistência farmacêutica.

Apesar dos custos crescentes nos gastos com saúde e investimentos sempre maiores fossem solicitados, a racionalidade tradicional do conceito e da prática da gestão dos medicamentos não dava conta das inúmeras questões não respondidas, desde a definição e adequação de necessidades até o uso correto dos produtos colocados à disposição dos médicos e entregues aos usuários. No rastro da irracionalidade, colocavam-se dúvidas se eram mais evidentes as consequências do mau uso dos medicamentos do que o seu real potencial de benefícios para as pessoas e para a economia do sistema.

Um primeiro esboço da proposta foi apresentado ao então secretário local, que prontamente percebeu a importância e as possibilidades das mudanças necessárias. Trabalhando em conjunto com os profissionais locais, foram contratados sete farmacêuticos.

Além disso, um novo programa foi discutido com toda a equipe de saúde do município, cujas bases principais estavam centradas nos seguintes aspectos:

- desenvolvimento de ações verdadeiramente assistenciais, ou seja, dirigidas às necessidades dos pacientes;
- integração do farmacêutico às equipes do PSF e integração da assistência farmacêutica ao programa e à programação da atenção à saúde (estratégias, prioridades, metas);
- preparação dos farmacêuticos para a nova função.

Ao longo de quase dois anos de trabalho, muitas dúvidas e dificuldades previstas foram se transformando em surpreendentes e rápidas conquistas. Ressalte-se o total empenho e satisfação dos farmacêuticos com as novas atribuições e o novo mundo de sua importância profissional, a aceitação desses profissionais pela equipe local, a satisfação do usuário com o novo cuidado proposto e a perspectiva de resultados e contribuição efetiva para melhoria da atenção à saúde, pelos gestores locais.

A grande questão que se evidenciava era o vazio assistencial existente no acompanhamento do tratamento dos pacientes, gerado pela grande distância entre a prescrição médica, o entendimento dessa prescrição, a adesão ao tratamento proposto e a avaliação de seu resultado, seu benefício e seu malefício. O paciente com um diagnóstico novo, ou evento modificador de sua condição de saúde, e de posse de uma prescrição médica, reelabora esse conjunto de novidades e interferências em sua vida, com base em informações pouco compreendidas e dúvidas não expostas, em suas expectativas, seu conhecimento empírico, suas crenças, seus hábitos e seus desejo, sua visão de mundo. Muitas vezes procura aliados, recolhe e acumula palpites e incertezas, e se abandona no que se persiste em chamar de tratamento.

Já não era sem tempo a urgência da necessidade de se integrar a assistência, o cuidado, a pactuação, o autocuidado. Definir claramente os conceitos e estabelecer a prática modificadora.

Um primeiro rascunho dessa proposta, que ia se refazendo na sua prática em Janaúba e sendo reelaborada e estimulada em

outras instâncias de discussão, foi divulgado no livro vermelho, publicado em 2007, com o propósito de auxiliar outras equipes de saúde nas suas mudanças necessárias.

Embora não tenha se completado, essa experiência continuou a ser discutida e aprimorada nos seus aspectos teóricos, com acréscimos significativos de conteúdo por leituras inquietantes. Em alguns países, em especial nos Estados Unidos, uma nova prática farmacêutica, o *pharmaceutical care*, já vem se desenvolvendo há alguns anos e hoje é a base do *Medication Therapy Management*, incluído no sistema oficial de saúde, o *Medicare*.

No Brasil os termos foram confundidos, e a prática não se modificou. Robert Cipolle, Linda Strand e Peter Morley (2004) definem: “*Pharmaceutical care is patient-centered practice in which the practitioner assumes responsibility for a patient’s drug related needs and is held accountable for this commitment*”.

Nesta segunda edição do livro vermelho assumimos integralmente a ideia e o propósito central de assistência ao paciente, como a prática farmacêutica modificadora possível e necessária para integração e contribuição do farmacêutico às equipes locais de saúde, assumindo a responsabilidade pelas necessidades dos pacientes relacionadas à medicação e tornando-se responsável por esse compromisso.

Esse é também o compromisso da Fundação Ezequiel Dias, que espera contribuir para a renovação das ideias na área da Assistência Farmacêutica, em contraponto ao volumoso e recorrente debate da Gestão dos Medicamentos.

Farmacêutico Carlos Alberto Pereira Gomes
Presidente da Funed



Desafios e agradecimentos

O Plano Estratégico de Saúde de Minas Gerais, prioridade do governo Aécio Neves e um marco na gestão do Secretário Estadual de Saúde Marcus Pestana, com sua visão de futuro no bem-estar da população, busca a implantação de um sistema de redes de atenção à saúde e organiza a atenção primária num Plano Diretor.

A proposta de Assistência Farmacêutica, discutida no presente documento, é um dos componentes dessa rede, permeando sua estrutura em todos os pontos de atenção, coordenada pela Atenção Primária à Saúde. A inserção da Assistência Farmacêutica nesse novo modelo de atenção à saúde aponta diversos desafios. Assim, passa a exigir um novo perfil para o farmacêutico, voltado agora para as ações centradas nas necessidades dos pacientes.

Este trabalho foi elaborado como um desafio para a Fundação Ezequiel Dias, que amplia as suas atribuições para o suporte a um plano assistencial, comprometendo-se com a produção e a qualidade do uso de seus medicamentos.

A reelaboração do conceito de **Assistência Farmacêutica** e a proposta de novas estratégias de trabalho implicam criatividade e esforços dos grupos técnicos e em especial dos farmacêuticos que passam a integrar as equipes locais de atenção à saúde.

Agradecemos especialmente ao Dr. Eugênio Vilaça Mendes, por sua inestimável contribuição para o crescimento do grupo e riqueza de suas discussões para a necessidade de inserção da

Assistência Farmacêutica nos novos rumos da Atenção à saúde em Minas Gerais.

Ao Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, Secretário Adjunto de Estado da Saúde, e Dr. Marco Antônio Bragança Matos, Superintendente de Atenção à Saúde, por nos confiarem o desenvolvimento deste projeto.

Ao Dr. Helvécio Campos de Albuquerque, Secretário Municipal de Saúde de Janaúba, conhecedor atento das necessidades da Atenção Primária à Saúde, que percebeu todas as potencialidades do trabalho e prontamente tornou-se um aliado.

Ao Dr James Fitzgerald, Gerente Unidade de Medicamentos e Tecnologia da Organização Panamericana de Saúde no Brasil, por seu apoio e contribuição ao projeto.

É também com entusiasmo e empenho que, ao apresentar esta proposta, convidamos os profissionais das equipes de saúde dos municípios a contribuir para o desenvolvimento e a implantação das próximas etapas. Este trabalho apresentará resultados diante da possibilidade de ser realmente integrado e colaborativo, para que também os pacientes se tornem agentes de seus propósitos e benefícios.

Carlos Alberto Pereira Gomes - 2007

Desafios para o farmacêutico



Nestes 100 anos de Fundação Ezequiel Dias é ótimo apresentar uma proposta nova. A FUNED centenária tem na sua história três momentos de espetacular importância: a sua criação, com Ezequiel Dias, a sua recuperação, com o Prof. Carlos Diniz, e a sua inscrição e passaporte para o futuro, com a gestão do Dr. Carlos Alberto Pereira Gomes.

Acreditamos que esta proposta possa contribuir para as mudanças esperadas na atenção à saúde no Estado de Minas Gerais, com o Plano Estratégico da Saúde e o Plano Diretor da Atenção Primária da Secretaria de Saúde.

O farmacêutico é um profissional subutilizado, mas com a sua inserção importante nas equipes locais de saúde, defendida neste trabalho, deverá planejar com cuidado suas atividades para dar conta de sua agenda. O farmacêutico será de fundamental importância na implantação da Assistência Farmacêutica que estamos descrevendo. Trabalhamos de forma inversa ao que usualmente temos visto: primeiro definimos um trabalho e as possibilidades de sua execução e então buscamos o profissional correto para o seu desenvolvimento. Inúmeras publicações, ao contrário, têm tentado discorrer sobre a função do farmacêutico à procura de um trabalho.

Acreditamos ter achado o rumo certo: Acreditamos que o farmacêutico tenha o interesse e a capacidade de reconstruir seu *currículum* e seu perfil de atividades. É isso que dele se espera. Esperam especialmente todos os portadores de condições crônicas,

que precisam de apoio para o uso correto dos medicamentos, para o acompanhamento de seu tratamento e para mudança de seu estilo de vida. A grande inovação na Assistência Farmacêutica é a compreensão das necessidades reconsideradas dos pacientes, na formulação conjunta de seu plano de cuidados, na educação para o autocuidado suportado – a gestão colaborativa do cuidado.

O paciente não é mais o único culpado pela não adesão aos tratamentos prolongados e suas consequências, com considerações e correções necessárias de outros condicionantes, incluindo a compreensão de aspectos da sua doença ou condição e do tratamento proposto. Estudos indicam que menos de 5% dos pacientes que recebem nova prescrição fazem qualquer pergunta para seu médico ou farmacêutico, e este silêncio é interpretado como entendimento ou satisfação com a informação recebida (LORIG *et al.*, 1994). Sabemos dos enganos e das consequências dessa falha de comunicação, aspectos de uma nova intervenção.

O trabalho do farmacêutico não mais poderá ser isolado das outras práticas de saúde, mas integrará a ação conjunta de uma equipe que planeja, estabelece metas, que programa e avalia resultados.

Conforme esta proposta, o farmacêutico deve reaprender o seu ofício, se reeducando de forma sistemática e organizada para encontrar seu lugar na atenção à saúde.

Aroldo Leal da Fonseca - 2007



Patients need to be supported, not blamed

WHO-2003

Os problemas crescentes dos erros de medicação, concomitantes com a maior utilização dos medicamentos (mau uso e abuso, erros de prescrição, eventos adversos, não adesão a tratamentos e outros) têm provocado importante impacto sobre a saúde das pessoas e a economia dos sistemas de prestação de serviços.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o uso irracional de medicamentos um sério problema em todo o mundo. A OMS estima que mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente e que metade de todos os pacientes não os utiliza corretamente. Exemplos de uso irracional de medicamentos incluem: o uso excessivo de medicamentos por paciente (“polifarmácia”); uso inapropriado de antimicrobianos, geralmente em dosagens inadequadas, ou para infecções viróticas; o uso exagerado de medicamentos injetáveis, quando as formulações orais seriam mais apropriadas; a falta de prescrição em acordo com os guias clínicos; a automedicação, geralmente de medicamentos de prescrição obrigatória e a não adesão aos regimes terapêuticos (WHO, 2007).

Essa situação tem gerado a formulação de planos e ações diversas a partir de prestadores de serviços, financiadores, instituições e governos, centrados no enfoque geral do “**uso racional de medicamentos**”.

As propostas para a racionalização do uso dos medicamentos e prevenção dos erros de medicação são cada vez mais frequentes. A Organização Mundial de Saúde apresenta 12 intervenções para promover o uso racional de medicamentos:

1. Estabelecimento de um órgão nacional e multidisciplinar com autoridade para coordenar as políticas de uso de medicamentos;
2. Uso de diretrizes clínicas (*clinical guidelines*);
3. Desenvolvimento e uso de relação de medicamentos essenciais baseadas nos tratamentos de escolha;
4. Estabelecimento de Comitês de Farmácia e Terapêutica em hospitais e distritos sanitários;
5. Treinamento em farmacoterapia baseado em problemas, nos currículos da graduação;
6. Educação médica continuada em serviço como requisito para licença do exercício profissional;
7. Supervisão, auditoria e *feedback*;
8. Uso de informação independente sobre medicamentos;
9. Educação pública sobre medicamentos;
10. Incentivos financeiros;
11. Regulamentação apropriada e rigor na sua aplicação;
12. Investimentos governamentais suficientes para garantir a disponibilidade de medicamento e de pessoal.

Essas orientações têm composto a formulação e a expressão de políticas em diversos países, inclusive no Brasil, quase sempre de forma parcial tanto em suas definições estratégicas e de execução quanto de propósitos. A grande questão é que essas diretrizes não têm contemplado nem se transformado em intervenções operacionais capazes de modificar atitudes e comportamentos de prescritores, farmacêuticos, enfermeiros e usuários, e mais ainda, como se verá adiante, nem capazes de promover mudanças também nas equipes de saúde e no ambiente de vida do paciente, fatores igualmente determinantes da irracionalidade no uso de medicamentos.

Nos Estados Unidos, o Institute of Medicine concluiu que em 1999 cerca de 98.000 americanos morreram de erros associados à assistência a saúde. Em 2006 publicou novo relatório afirmando que a frequência dos erros de medicação e danos relacionados continua sendo séria preocupação (KOHN *et al.*, 1999; INSTITUTE OF MEDICINE, 2007). Em estudo realizado nos EUA, o Harvard Medical Practice Study II, analisou 30.195 prontuários médicos, e foram identificados 1.133 pacientes que tiveram algum tipo de injúria provocada pelo tratamento médico. O tipo de complicação mais comum relacionava-se a medicamentos, e correspondeu a 19% de todos os eventos adversos (LEAPE *et al.*, 1991). Estima-se que os erros de medicação que ocorrem dentro e fora dos hospitais nos EUA, provoquem mais de 7.000 mortes anuais, acarretando altos custos tangíveis e intangíveis para toda a sociedade americana (PHILLIPS; CHRISTENFELD; GLYNN, 1998). Em estudo feito em um hospital espanhol, dos 33.975 pacientes atendidos no setor de urgência, 766 (2,25%) procuraram atendimento motivados por uma reação adversa a medicamento, e 322 dessas reações (43,3%) foram consideradas evitáveis, ou seja, eram erros de medicação (OTERO-LÓPEZ *et al.*, 1999).

Todas essas questões deveriam orientar intervenções concretas e efetivas, buscando resultados com impactos sobre a saúde das pessoas e economia dos sistemas.

As dificuldades para isso estão situadas em bases diversas, quase sempre concorrentes:

- os modelos de atenção à saúde e a segmentação de suas ações;
- o isolamento da intervenção da assistência farmacêutica de outras práticas de saúde;
- os conceitos sobre as práticas farmacêuticas, seus vícios e não reformulação;
- o medicamento como foco central da intervenção;
- a visão apenas administrativa, de gestão dos meios;
- a responsabilização isolada de um profissional – o farmacêutico – e a procura de sua função e não do objeto da intervenção.

Esse marco teórico e especialmente a definição do conceito de **Assistência Farmacêutica** constituem a bases atual para estudos e intervenções.

A preocupação central da presente proposta, entretanto, não é apenas discutir ou propor conceitos e consensos de Assistência Farmacêutica, ou tentar definir sua importância como política setorial, mas procurar e devolver sua vinculação indispensável à atenção à saúde, além de procurar as estratégias e as ações que a configurem como uma atividade fundamentalmente assistencial. O medicamento não pode ser o foco central da Assistência Farmacêutica e nem as ações logísticas ocupar o esforço maior de sua organização. O foco principal deve ser o paciente. A grande dificuldade que tem se colocado são as definições e implementações do que se define como atividades assistenciais da Assistência Farmacêutica. Aqui está o elemento central deste trabalho.

O desenvolvimento dessas práticas em determinado tempo, as possibilidades e as dificuldades de suas contribuições para a qualificação da atenção à saúde, bem como a análise e avaliação dos seus resultados irão fornecer elementos sólidos para elaboração ou reformulação de conceitos.

O conjunto de ideias que dão corpo a esta proposta aponta para um conceito, assim expresso:

A Assistência Farmacêutica é uma atividade clínica, com foco central de ação no paciente.

Utiliza um corpo de conhecimentos técnicos identificado no perfil profissional do farmacêutico para assistir o paciente em suas necessidades de tratamento e cuidado, para acompanhar e avaliar a ação, a interferência e o resultado do uso de medicamentos e outras intervenções terapêuticas.

Sua ação integrada com as outras práticas da atenção à saúde contribui decisivamente para a melhoria da qualidade dessa atenção e, tendo o paciente como referencial, reelabora suas estratégias e seus métodos de trabalho.

Sua função principal se concentra em atividades educativas, apropriadas de outros saberes e práticas, dando ao paciente condições de melhor compreender a sua doença ou condição, a importância do seguimento adequado do seu plano de cuidado, a proposta terapêutica e uso correto dos medicamentos. Em seu conjunto de atividades educa, ajuda e dá suporte ao paciente no autocuidado planejado e na avaliação dos resultados de seu tratamento.

Esse conceito, dirigindo as ações ao paciente, modifica as ideias e a prática corrente no Brasil, expressas em termos operacionais geralmente à gestão administrativa do medicamento.

O conceito está em consonância com as mais recentes preocupações de reorientação do cuidado primário à saúde centrado no paciente e nos sete atributos propostos por Karen Davis (2005) para aperfeiçoar esta dimensão do cuidado: (1) acesso ao cuidado; (2) engajamento do paciente no cuidado; (3) sistemas de informação; (4) coordenação do cuidado; (5) equipe integrada; (6) análise do cuidado; (7) disponibilidade de informação comum.

O Instituto Picker dos Estados Unidos também delineou oito dimensões do cuidado centrado no paciente: (1) respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas do paciente; (2) informação e educação; (3) acesso ao cuidado; (4) suporte emocional para aliviar o medo e a ansiedade; (5) envolvimento de familiares e amigos; (6) continuidade e segurança na transição de unidades de cuidado; (7) conforto físico; (8) coordenação do cuidado (GERTEIS *et al. apud* DAVIS *et al.*, 2005).

A qualidade da atenção à saúde também está expressa no *Projeto de Garantia da Qualidade* do Centro para as Ciências Humanas de Bethesda, USA, (1993), que lista quatro princípios centrais para orientar a garantia da qualidade no cuidado à saúde: (1) foco no cliente/paciente; (2) foco nos sistemas e processos; (3) foco na avaliação; (4) foco na equipe de trabalho (CENTER FOR HUMAN SERVICES, 1993).

Esse novo conceito de Assistência Farmacêutica procura inserir a atividade profissional do farmacêutico na reorientação da atenção à saúde, que se verifica em diversos países e nos delineamentos prioritários da política de saúde do Estado de Minas Gerais.

Na realidade, como descreve Wiedenmayer (2006) na importante publicação da OMS *Developing pharmacy practice, a focus on patient care*, “a função do farmacêutico evoluiu de manipulador e fornecedor de produtos para a de provedor de serviços e informação, e ultimamente para a de provedor de cuidado ao paciente”. Progressivamente a tarefa do farmacêutico é assegurar que o tratamento medicamentoso do paciente seja indicado apropriadamente, o mais

eficaz disponível, o mais seguro e conveniente para o paciente. Está nessa função adicional de gestão do tratamento medicamentoso a contribuição vital que os farmacêuticos podem agora fazer para o cuidado do paciente, acentua a publicação.

Essa mudança do papel do farmacêutico vem sendo proposta desde os anos 1970 e 1980. Em um editorial de 1986, intitulado *Drugs Don't Have Doses – People Have Doses*, Robert Cipolle define a função do farmacêutico como um “solucionador de problemas clínicos” renunciando o movimento de mudança da profissão, de orientação para o produto para a orientação do paciente (ROVERS; CURIE, 2007). Em 1990 Charles Hepler e Linda Strand definiram as novas responsabilidades do farmacêutico num relatório que se tornou o marco referencial mais importante da prática farmacêutica, com o conceito de “*pharmaceutical care*”: “é a provisão responsável de tratamento medicamentoso com a finalidade de obter resultados definitivos que melhorem (ou mantêm) a qualidade de vida do paciente”. Em 2004, na segunda edição de *Pharmaceutical care practice – the clinician's guide*, Cipolle, Strand e Morley definem *pharmaceutical care* como “a prática centrada no paciente, na qual o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades do paciente relacionadas ao medicamento e se torna responsável por este compromisso”. Nessa publicação, os autores fazem uma análise dessa prática com base nos dados de 20.761 pacientes que receberam o cuidado farmacêutico durante 59.361 encontros, em 10 anos.

Em 2000 uma publicação do Departamento de Saúde do Reino Unido intitulada de *Farmácia no futuro* estabeleceu o requisito do suporte profissional que deve ser promovido pelos farmacêuticos, para melhorar e ampliar a mudança dos serviços farmacêuticos disponíveis aos pacientes, incluindo a identificação das necessidades farmacêuticas individuais, o desenvolvimento de alianças no uso dos medicamentos, coordenação dos processos continuados de prescrição e dispensação, a revisão dos objetivos e do seguimento do tratamento. A nova atribuição proposta e contratada com as farmácias comunitárias permite a reorientação dos serviços para atender as expectativas dos pacientes e maximizar o potencial das habilidades dos farmacêuticos. Os serviços dessas farmácias foram categorizados em essenciais, avançados e especializados (WIEDENMAYER, 2006).

No Brasil, a partir de uma tradução equivocada do termo “*pharmaceutical care*” como “atenção farmacêutica”, mudou-se o conceito original e o elemento central do trabalho – o paciente – perdendo-se a oportunidade de reorientação de um novo compromisso. Ao longo desses 40 anos, continuamos a conceituar e praticar não a Assistência Farmacêutica e sim a Atenção Farmacêutica centrada no medicamento, mas nem mesmo atenção recebe o paciente, ocupados que sempre estivemos com a gestão dos meios.

Em entrevista concedida ao Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais em 2009, Linda Strand afirma que o objetivo principal do farmacêutico deve ser o mesmo de todos os outros profissionais de saúde: CUIDAR DO PACIENTE.

“Usamos muitos termos incorretos quando comparados aos termos dos sistemas de saúde e o fato é que aceitamos esse erro ao usarmos a expressão Atenção Farmacêutica. Cuidar é uma ação, enquanto a Atenção é uma atitude passiva. E é de cuidados que os pacientes necessitam. Quando dizemos atenção o que deveríamos dizer é cuidado. Faz muito mais sentido para o paciente e para a sociedade saber que, dos profissionais de saúde, vão receber muito mais que **atenção** vão receber **cuidados**. Cuidado compreende também dar atenção ao paciente, mas o objetivo principal é o cuidado. Há algum tempo este alerta vem sendo feito e também ignorado. Ao usar termos inadequados criamos barreiras e dificuldades para a integração do farmacêutico no sistema de saúde. Enquanto todos os demais profissionais de saúde cuidam de seus pacientes os farmacêuticos lhes dão atenção, reafirma Strand”.

As mudanças nas funções dos farmacêuticos com ampliação das suas atribuições no cuidado aos pacientes e integração na equipe de saúde são consideradas o futuro da farmácia e a sobrevivência da profissão. A gestão administrativa do medicamento e a simples dispensação dos produtos estão sendo delegadas definitivamente ao pessoal auxiliar.

Prática Farmacêutica – Cuidado Farmacêutico – Assistência Farmacêutica - Medication Therapy Management (MTM)

As bases conceituais de Hepler e Strand estabelecidas em 1990 possibilitaram o trabalho de diversos grupos nos Estados Unidos

e em diversos outros países, ressaltando-se a longa experiência da Universidade de Minnesota. O processo de cuidado ao paciente definido por Cipolle, Strand e Morley (2004) estabelece três passos sucessivos e dependentes um do outro:

- avaliação diagnóstica do paciente e identificação do problema relacionado à medicação;
- desenvolvimento do plano de cuidado;
- avaliação.

A avaliação do paciente tem três finalidades: (1) conhecer o paciente de forma suficiente para se tomar decisões terapêuticas racionais com ele e para ele; (2) determinar se a terapêutica do paciente é apropriada, eficaz, segura e se há adesão ao tratamento; (3) identificar os problemas relacionados com a medicação. As decisões são tomadas com base nos dados do paciente, nos dados sobre a doença e sobre a medicação.

Aqui os autores descrevem o que denominam de “novo e importante conceito no cuidado à saúde: **a experiência com a medicação**, o relato do impacto que tomar os medicamentos tem em sua vida diária”. Descrevem essa experiência como a abordagem pessoal do paciente ao usar os medicamentos. É a soma de todos os eventos na vida do paciente que envolvem o uso da medicação.

A experiência com a medicação é inicialmente e de forma mais importante, a crença do paciente, suas percepções, suas compreensões, suas atitudes e seus comportamentos sobre a terapêutica medicamentosa. Esses fatores irão influenciar mais diretamente as decisões do paciente sobre tomar ou não os medicamentos, quanto tomar e como tomar. Os pacientes chegam com a sua própria experiência sobre a medicação. Nossa responsabilidade é influenciar positivamente essa experiência. Dessa forma, “quanto mais você conhecer sobre a experiência do paciente, mais provavelmente você terá uma influência duradoura e positiva sobre ele”.

Esse é certamente um conceito muito interessante e de grande importância para o diagnóstico e o planejamento do cuidado do paciente. Cipolle, Strand e Morley (2004) dão muita importância

a esse conceito, cujo desenvolvimento ocupa o quinto capítulo. Para eles a “experiência da medicação” consiste em três aspectos:

1. a descrição pelo paciente da experiência que teve com a medicação;
2. a história abrangente da medicação, incluindo, imunizações, alergias, reações adversas e padrões de uso social de drogas (tabagismo, cafeína, álcool, drogas ilícitas);
3. registro completo da medicação em uso atual pelo paciente.

Experiência com a medicação

Toda vez que um paciente toma ou decide não tomar medicamentos, ele tem uma experiência com a medicação. Esta experiência pessoal servirá no futuro, de base para se tomar decisões relacionadas à medicação. Portanto, quanto mais você conhecer sobre a experiência passada ou presente do seu paciente, mais provavelmente serão conseguidos resultados positivos.

A expressão do seu paciente sobre preferências, necessidades, expectativas e interesses formarão a base para o diagnóstico, o plano de cuidado e a avaliação. É importante lembrar que estas impressões iniciais do paciente são fundamentais, porque elas refletem como o seu paciente vê a situação. Suas decisões clínicas, impressões, recomendações e conhecimento devem todas ser relacionadas à visão da experiência com a medicação de seu paciente, o que funcionou no passado e quais tratamentos medicamentosos está usando atualmente. Esta experiência do paciente é o contexto no qual o profissional elabora o seu trabalho. É importante entender e ser capaz de usar isto para beneficiar o paciente (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2004, p. 116).

Para Rovers e Currie (2007) o processo do cuidado farmacêutico se estabelece em cinco etapas:

1. uma relação profissional com o paciente deve ser estabelecida;
2. a informação específica do paciente deve ser coletada, organizada, registrada e mantida;
3. a informação específica do paciente deve ser avaliada, e um plano de tratamento desenvolvido mutuamente com o paciente;
4. o farmacêutico deve garantir ao paciente todos os suprimentos, informação e conhecimento necessário para cumprir o plano de tratamento;

- o farmacêutico deve rever, monitorar e modificar o plano terapêutico sempre que necessário e apropriado, em acordo com o paciente e a equipe de saúde.

Esses autores apresentam, com base em Rovers e Des Moines, um *Ciclo do Cuidado Farmacêutico*, no seguinte diagrama:



Uma etapa no diagnóstico do paciente muito importante, bem definida e adotada pelos autores que trabalham com o processo de cuidado farmacêutico é a identificação dos problemas relacionados à medicação, conhecidos entre nós como PRM e identificados e tipificados como:

- terapêutica medicamentosa não necessária;
- necessidade de medicação adicional;
- medicação ineficaz;
- dosagem muito baixa;
- reação adversa a medicamentos;
- dosagem muito alta;
- adesão inapropriada ou não adesão.

Estes problemas são trabalhados exaustivamente e com todos os seus desdobramentos por Cipolle, Strand e Morley (2004) e constituem um valioso instrumento de avaliação do cuidado farmacêutico, às vezes agrupados em cinco categorias:

Quadro 1

Necessidade relacionada ao medicamento	Problemas relacionados à medicação
Indicação apropriada	Terapêutica não necessária
Eficácia	Medicação errada Dosagem muito baixa
Segurança	Reação adversa Dosagem muito alta
Adesão	Adesão inapropriada
Condição não medicada	Necessidade de medicação adicional

Fonte: ROVERS; CURRIE, 2007, p. 33.

A organização da abordagem na identificação dos problemas relacionados à medicação é de fundamental importância. Um estudo de Currie (1997) revela que, usando métodos usuais, os farmacêuticos encontraram uma média de três problemas para cada cem pacientes. Entretanto, quando os farmacêuticos são treinados na identificação organizada dos problemas relacionados com a medicação, são identificados 57,6 problemas por 100 pacientes, em média.

Em trabalho recente, em que avaliam uma experiência de dez anos, Ramalho de Oliveira *et al.* (2010) relatam que os farmacêuticos verificaram que 85% dos pacientes tinham pelo menos 1 problema relacionado à medicação, e 29% dos pacientes tinham 5 ou mais problemas.

A metodologia de identificação de problemas relacionados com a medicação também é utilizada no processo de Atenção Farmacêutica na Espanha e constitui a base do método Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico, proposto pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada em 1999.

Atualmente, o Terceiro Consenso de Granada sobre PRM e RNM, ocorrido em 2007, adota as definições propostas pelo Foro de Atenção Farmacêutica (2004) e passa a considerar os PRM como situações em que o processo de uso de medicamentos causa ou

pode causar o surgimento de um resultado negativo associado aos medicamentos (RNM), que são considerados como resultados não desejáveis no estado de saúde do paciente, atribuídos ao uso (ou desuso) dos medicamentos (DÁDER 2007).

Análises dos resultados das identificações de PRM já foram publicadas por diversos autores como Cipolle, Strand e Morley (2004) bem como Rovers e Currie (2007) e trabalhos de Isetts *et al.* (2008) e Ramalho de Oliveira *et al.* (2010).

Os achados desses autores são similares na distribuição dos problemas por categoria, como se observa no quadro a seguir:

Quadro 2

Tipo de problema	Percentual % por autor				
	Hagel	Isetts	Oliveira	Cipolle	
				≤ 65 anos	≥ 65 anos
Medicação não necessária		6.0	5.7	7.2	6,7
Necessidade de medicação adicional	46	33.9	28.1	31.6	30,1
Medicação ineficaz		11.6	8.8	7.6	4,9
Dosagem muito baixa	11	19.9	26.1	21.0	23.2
Reação adversa		14.1	8.3	14.3	12.6
Dosagem muito alta		4.9	6.5	4.0	4.8
Adesão inapropriada	18	9.6	16.5	14.3	17.9

O principal problema verificado por todos os autores é a necessidade de medicação adicional seguido de dosagem muito baixa. Apesar de não ser o principal problema identificado, a adesão inapropriada tem percentual significativo nos trabalhos apresentados.

Antes de avaliar o comportamento do paciente em relação ao cumprimento do tratamento medicamentoso (seguindo ou não as instruções), o farmacêutico deve certificar-se de que o paciente está

tomando todos os medicamentos e apenas os medicamentos de que necessita e que todos esses medicamentos são eficazes e seguros (OLIVEIRA *et al.*, 2010)

Uma das grandes vantagens dessa metodologia (PRM) é que, se bem documentados, os resultados permitem análises variadas e muito importantes, com referências ao tipo de medicamento, à idade dos pacientes, às condições médicas mais frequentes e inúmeros cruzamentos, como apresentados extensivamente por Cipolle *et al.*, evidenciando a possibilidade de planejamento de diversas formas de intervenção. Ou seja, esse é um instrumento de diagnóstico que auxilia muito o plano de cuidado e o seguimento do tratamento.

Outra importância é a possibilidade de intervenção imediata do farmacêutico sobre os problemas encontrados: chega à solução de 80% das questões diretamente com o paciente, conforme os trabalhos de Cipolle *et al.* (2004).

Os gastos crescentes com a saúde, o uso cada vez maior de medicamentos de custos elevados e o aumento dos problemas detectados com o uso desses produtos forçaram os governos a procurar alternativas de conter essa carga econômica e melhorar os resultados das ações terapêuticas. Nos Estados Unidos 25% dos beneficiários do sistema de saúde oficial, o *Medicare*, não têm cobertura nem acesso aos medicamentos (BRINCKERHOFF, 2005). Em consequência disso, o governo aprovou uma lei que concede maior cobertura para os medicamentos prescritos, o *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act*, em 2003, estabelecendo uma variedade de serviços denominados *Medication Therapy Management* (MTM).

Em 2004, a Associação Farmacêutica Americana (AphA) organizou uma conferência com representantes de onze diferentes associações farmacêuticas, para estabelecer um consenso, definindo MTM como: “serviço ou grupos distintos de serviços que otimizam os resultados terapêuticos para pacientes individuais, independentes da provisão do medicamento, mas que pode ocorrer simultaneamente com a dispensação”. Ficou também estabelecido que esses serviços devem ser individualizados e específicos para cada paciente e providos em interação face a face com o paciente e o pagamento pelos serviços deve ser baseado no tempo, na intensidade clínica e

nos recursos requeridos para sua provisão. Foram também definidos os elementos centrais que todos estes serviços devem incluir:

1. revisão da terapêutica medicamentosa;
2. registro pessoal da medicação;
3. elaboração de plano de ação;
4. intervenção e/ou encaminhamento (referência); e
5. documentação e *follow-up*.

Esses serviços foram descritos como um mecanismo para assegurar que os medicamentos prescritos sejam apropriadamente usados para otimizar os resultados terapêuticos e reduzir os riscos de eventos adversos.

Para McGivney (2007) os serviços MTM oferecem oportunidade para o paciente se relacionar com o seu farmacêutico de uma forma mais significativa e efetiva. Assim, o farmacêutico assume a responsabilidade de prevenir ou identificar e resolver os problemas relacionados à terapêutica medicamentosa, utilizando diversas estratégias, incluindo análise abrangente da medicação, discussão e educação do paciente e/ou cuidador, discussão e intervenção com outros profissionais de saúde e possibilidade de encaminhamento para outro especialista, inclusive farmacêutico. Esses serviços integram a filosofia e a prática do cuidado farmacêutico (*pharmaceutical care*) e os elementos da gestão da doença (*disease management*) com as informações e as intervenções do farmacêutico adequadas às necessidades individuais do paciente. DaVanzo (2005) assinala que a prática farmacêutica atual é caracterizada por diversos serviços MTM oferecendo níveis variados de complexidade e intensidade.

O pagamento ou financiamento dos serviços pode ser feito pelo empregador, pela organização mantenedora ou pelo sistema oficial. Os valores são negociados em contratos individuais, já com estudos feitos pelas associações farmacêuticas.

Ramalho de Oliveira *et al.* (2010) relatam que, para algumas condições médicas, há prática colaborativa e acordos em que o farmacêutico, no programa MTM americano, pode iniciar, modificar ou descontinuar a terapia medicamentosa, bem como solicitar os

exames laboratoriais relacionados com a diabetes, a hipertensão e a hiperlipidemia, permitindo aos farmacêuticos realizar 80% das intervenções sem o envolvimento do médico.

As avaliações dos programas MTM têm revelado que estão associados com melhora dos resultados clínicos, impacto econômico favorável, e alta satisfação dos pacientes em pesquisas específicas para esses objetivos, como descrevem Isetts (2008) e Ramalho de Oliveira (2010). Os últimos autores avaliaram a economia dos cuidados à saúde com esses programas, comparando o número de eventos, custos por evento e total economizado em visitas evitadas pelos pacientes ambulatoriais, visitas de especialistas evitadas, dias de trabalho poupados, serviços laboratoriais evitados, visitas de urgência e admissões hospitalares evitadas, visitas de enfermagem e visitas domiciliares.

Para McGivney *et al.* (2007), diversas barreiras têm proibido a ampliação da adoção e implementação das práticas de cuidado farmacêutico na comunidade. Como exemplos citam organização física e o fluxo de trabalho das farmácias da comunidade, a insuficiência de farmacêuticos e outros recursos, além da falta de um mecanismo padronizado de pagamento por serviço farmacêutico-paciente e por treinamento farmacêutico-paciente.

Rovers e Currie (2007) afirmam que outros modelos de prática são úteis no melhoramento da habilidade do farmacêutico para cuidar dos pacientes, mas em muitos casos esses programas são focados em um único objeto ou problema, e muitos desses programas são limitados a uma única interação farmacêutico-paciente. Entre essas práticas ou alternativas, são citados os programas de gestão em diabetes, asma, hiperlipidemia. A crítica é que a maior parte do conteúdo é de natureza apenas educacional e não aborda todas as necessidades dos pacientes. Outra prática ou modelo de intervenção mais recente é a Conciliação de Medicamento, e a crítica é que esta intervenção não aborda todos os problemas de medicação do paciente. Programas de *screening* laboratorial de doenças e programas específicos de gestão da doença são ainda práticas em que o farmacêutico tem atuação possível e importante, mas ainda com limitações de experiência e de formação especializada.

A adoção dos conceitos e métodos do “*pharmaceutical care*” bem como os serviços MTM são considerados a grande oportunidade para os farmacêuticos americanos se integrarem efetivamente nas equipes de saúde e uma grande possibilidade de futuro da profissão, exigindo também uma nova formação e treinamento contínuo.

Os avanços possíveis na prática farmacêutica estão ligados, como se vê, diretamente às mudanças no seu perfil profissional e na sua formação acadêmica e em serviço.

A nova prática farmacêutica requer dos profissionais conhecimentos sobre terapêutica e os produtos farmacêuticos, além de um bom entendimento da história natural das doenças. Requer ainda habilidades de comunicação, conhecimento da terminologia médica, habilidades de monitoramento da medicação, habilidades de planejamento terapêutico e habilidades para avaliar e interpretar os achados clínicos e laboratoriais dos pacientes.

Assistência Farmacêutica no Plano Estratégico de Saúde de Minas Gerais

A formulação e a implementação de um Plano Estratégico da Saúde no Estado de Minas Gerais favorecem a mudanças significativas na área farmacêutica pública ou mais ainda passa a exigir essas mudanças e tem colocado um desafio constante para sua estruturação. O Plano Estratégico procura superar a crise de um sistema fragmentado e organizado por componentes isolados voltado para a atenção das condições agudas, com a adoção de um sistema de Redes de Atenção à Saúde. Essas redes são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral, orientada para as condições crônicas e agudas, voltadas para uma população em que o sujeito é agente de sua saúde. O sistema é proativo, baseado na atenção integral e no cuidado multiprofissional, organizado pela demanda e financiado não por procedimentos, mas por capitação (MENDES, 2009).

As redes de atenção, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde, são responsáveis por uma população definida num processo de territorialização, tendo as famílias cadastradas e classificadas por riscos sócio-sanitários. Essa população está vinculada às equipes de atenção primária, tem suas subpopulações identificadas por fatores de risco, tem as suas doenças ou condições estabelecidas por graus de risco e com as subpopulações com muito alto risco identificadas.

Os componentes dessas redes de atenção são os Pontos de Atenção à Saúde (lugares institucionais onde se presta um serviço

singular); os Sistemas de Apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação em saúde); os Sistemas Logísticos; e os Sistemas de Governança, sendo a Atenção Primária à Saúde o centro de comunicação das redes (MENDES, 2009).

Com base em elementos de modelos internacionais, Mendes (2009) conceitua e estabelece um modelo de atenção à saúde num sistema lógico que organiza o funcionamento das redes, articulando as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, aqui ampliadas para intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, intervenções sobre os fatores de risco e as intervenções sobre as condições ou doenças estabelecidas.

Há condições – e necessidades – portanto, em Minas Gerais, para se organizar a **Assistência Farmacêutica** com novas bases conceituais em um sistema integrado de atenção à saúde.

Referenciadas a um modelo de atenção, as atividades de Assistência Farmacêutica estarão orientadas por princípios teórico-conceituais e estratégicos desse modelo.

Mendes estabelece três níveis de intervenção no modelo descrito de Redes de Atenção à Saúde e podem ser encontrados elementos específicos de atuação da assistência farmacêutica em todos eles:

1. intervenções sobre os determinantes sociais da saúde;
2. intervenções sobre os fatores de risco;
3. intervenções sobre as condições ou doenças estabelecidas.

Nas intervenções sobre as condições ou doenças estabelecidas, introduz-se o conceito de Gestão da Clínica, com as tecnologias de Gestão da Patologia e de Gestão de Caso (MENDES, 2009).

A Gestão da Clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, centrada nas pessoas, com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2009).

Os elementos da Gestão da Patologia, conforme Mendes (2009), auxiliam a definição de estratégias de atuação da Assistência Farmacêutica de forma nova e clara, destacando-se:

- elaboração de linhas-guia;
- estratificação por riscos;
- elaboração do plano de cuidado de cada usuário;
- tratamento pronto das condições agudas;
- cuidado contínuo das condições crônicas e suas sequelas;
- programação e monitoramento da atenção na população por riscos;
- fortalecimento das ações de autocuidado orientado, previsto no plano de cuidado;
- fortalecimento da gestão colaborativa do cuidado;
- fortalecimento da atenção primária à saúde para a coordenação do cuidado;
- educação permanente dos profissionais;
- educação em saúde dos usuários;
- contrato de gestão com os profissionais.

As intervenções de Gestão da Patologia podem ser divididas em dois níveis:

- gestão de patologia de nível 1: população portadora de condição crônica de baixo ou médio riscos;
- gestão de patologia de nível 2: população portadora de condição crônica de alto ou muito alto riscos.

Da mesma forma as intervenções da Gestão de Caso tem elementos que poderiam ser específicos também para a Assistência Farmacêutica:

- identificação dos portadores de doenças ou condições muito complexas;
- capacitação dos gestores de caso;
- elaboração do plano dos cuidados para cada usuário em colaboração com o usuário e sua família;
- implementação e monitoramento do plano dos cuidados.

O diagnóstico da saúde no Estado orientou a Secretaria de Estado de Saúde a elaborar um Plano Estratégico da Saúde em Minas Gerais como prioridade de governo e está estruturada

no “Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde”, com base no Programa de Saúde da Família (PSF). Entre diversos dados de importância, o diagnóstico de saúde do estado apresenta dois dados relevantes: as condições crônicas são responsáveis por 66% da carga das doenças e 33% das internações hospitalares do SUS ocorrem por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

Para Mendes (2009), o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde é a estratégia de implantação do projeto Saúde em Casa. Esse é um dos projetos estruturantes, organizador de redes temáticas, cujo objetivo é melhorar a qualidade da atenção primária à saúde no Estado. Como solução complexa, integra um conjunto de aproximadamente três dezenas de soluções tecnológicas desenvolvidas no período de 2003 a 2007. Seu objetivo-síntese é reduzir as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial de 33% para 28% em 2011 e para um valor entre 16% a 21% em 2023, de acordo com o cenário mais favorável e mais desfavorável do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI).

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, enquanto estratégia de implantação do projeto Saúde em Casa, que será desenvolvido com base no Manual da Atenção Primária à Saúde, em cada uma das microrregiões sanitárias de Minas Gerais, numa ação coordenada da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde.

As redes de atenção estão definidas como: rede Viva Vida, de atenção às mulheres e às crianças; rede Hiperdia, de atenção às urgências e emergências, doenças do aparelho circulatório e diabetes; e rede Mais Vida, de atenção aos idosos (MENDES, 2009).

A Assistência Farmacêutica se define, se estrutura, organiza e deve ser operacionalizada como um componente do plano de saúde do Estado, seguindo seus conceitos, suas diretrizes, estratégias e prioridades.

Com isso, é necessário estabelecer algumas premissas básicas definidas em conceitos e propósitos:

1. O foco fundamental dessa abordagem da Assistência Farmacêutica é o paciente, e não o medicamento;
2. A Assistência Farmacêutica é uma atividade clínica, portanto uma atividade-fim centrada no paciente como objetivo principal;

3. O farmacêutico deve ser um membro da equipe do Programa de Saúde da Família e, assim tem as suas funções ampliadas respeitando os estatutos profissionais legais.
4. As ações educativas têm ambiente próprio e permeiam as atividades programadas.
5. Com especificidades de propósitos e sua contribuição à qualificação da atenção primária, a Assistência Farmacêutica deverá ter incentivo por resultados, inclusive pelo caráter original e experimental de sua implantação.

O trabalho do farmacêutico deverá ser orientado a partir de sua participação efetiva na equipe de saúde, e portanto:

- de seu conhecimento do diagnóstico local (diagnóstico epidemiológico, demográfico, ambiental e socioeconômico);
- do seu conhecimento da população sob sua responsabilidade, com sua estratificação por riscos;
- da sua responsabilização por essa população através da programação da assistência farmacêutica, com definição de metas e avaliação de resultados.

O farmacêutico passa a ter responsabilidade sanitária por uma população definida, mais voltada para a assistência do que para a logística do medicamento. Deverá se aprimorar tecnicamente para a execução das atividades assistenciais propostas, através de um processo de educação permanente nos moldes da educação médica já desenhada; deverá compreender a importância da educação em saúde dos usuários, em especial dos portadores de condições crônicas que requerem maior conhecimento sobre sua doença e sobre os medicamentos que utiliza, geralmente de uso continuado; compreender também a importância das mudanças de comportamento no estilo de vida e da adesão aos tratamentos propostos e educação para o autocuidado (elementos da Gestão da Patologia).

Com atribuições novas, deverá também pautar sua conduta no comportamento ético, na humildade para dizer “não sei”, na disposição para aprender, no compromisso com o paciente, com a equipe de trabalho, com resultados positivos, com sua profissão e com o futuro.



Prioridades da Assistência Farmacêutica

Há três prioridades fundamentais para uma assistência farmacêutica nova e real:

- a revisão conceitual (descrita anteriormente);
- o foco central da assistência;
- a formação profissional dos farmacêuticos.

Condições de saúde e população-alvo

As condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O seu crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos (OMS, 2003).

Segundo Mendes (2009), a análise da carga de doenças no Brasil, mostra que o somatório das doenças crônicas e das condições maternas e perinatais representam 75% da carga global de doenças no País, medida em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI). Essa significativa carga potencialmente evitável de doenças crônicas relaciona-se especialmente com as doenças cardiovasculares, com o diabetes, com as doenças respiratórias crônicas e alguns tipos de câncer.

No documento *Cuidados inovadores para condições crônicas*, a OMS ressalta que o gerenciamento das condições crônicas é um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo, no tocante à eficiência, à efetividade e à capacidade de organizar sistemas que supram as demandas iminentes.

Entre os elementos essenciais para aprimorar os sistemas de saúde para as condições crônicas descritos pela OMS, encontra-se o apoio à mudança de paradigma, ou seja, à necessidade de inovação na forma de organização dos sistemas de saúde, que ainda priorizam o atendimento às condições agudas, em detrimento das condições crônicas.

A OMS ressalta ainda que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário, portanto o papel central e a responsabilidade do paciente para o autocuidado devem ser enfatizados no sistema de saúde, e o tratamento para as condições crônicas deve ser reorientado em torno do paciente e da família.

Sendo assim, a assistência farmacêutica, alinhada com as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde, tem como prioridades uma atenção contínua e integral, orientada principalmente para as condições crônicas e voltada para uma população em que o sujeito é agente de sua saúde.

As restrições e as incertezas impostas pelo caráter inicial de desenho e implantação do modelo e pela escassez de recursos, especialmente de profissionais farmacêuticos nas unidades básicas de saúde e para sua preparação para novas funções também impõem a necessidade de priorizar as ações.

Dessa forma, as prioridades da assistência farmacêutica devem ser estabelecidas com base nos seguintes critérios:

- prioridades definidas no plano diretor da atenção primária à saúde;
- prioridades definidas, dentro dos ciclos de vida, para atenção às condições crônicas.

As atividades devem ser orientadas prioritariamente para os portadores de:

- hipertensão de médio, alto e muito alto risco
- diabetes:
 - usuários de insulina
 - não usuários de insulina sem hipertensão
 - não usuários de insulina com hipertensão

- tuberculose
- hanseníase
- idosos de alto risco/ idoso frágil:
 - idosos acima de 80 anos
 - idosos com mais de 60 anos apresentando polipatologias (5 ou mais diagnósticos), polifarmácia (5 ou mais drogas/dia), imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, internações frequentes ou pós-alta, dependentes nas atividades básicas diárias, insuficiência familiar.
- asma moderada e grave (crianças menores de 5 anos)

Prioridades secundárias ou de etapas futuras deverão considerar os pacientes portadores de condições complexas, transtornos mentais, especialmente depressão, HIV/AIDS, câncer.

Formação profissional dos farmacêuticos

Uma nova prática farmacêutica implica mudança de conceitos, objetos de trabalho e atitudes dos profissionais. A formação acadêmica básica está ainda geralmente vinculada a uma visão profissional e um mercado de trabalho em que a assistência ao paciente não faz parte de suas atividades.

Em algumas escolas de farmácia a extensão universitária em cursos de pós-graduação tem considerado essa nova visão e um novo futuro para a profissão, enquanto os currículos básicos raramente o fazem.

A mudança de prática dos serviços, especialmente dos serviços públicos, agregando os farmacêuticos às equipes de saúde, depende de um número significativo de profissionais com um novo perfil, adequado às novas exigências. Essas mudanças não podem esperar alguns anos para que um corpo de novos farmacêuticos venha contribuir com seus objetivos.

Ressaltamos o vazio assistencial nas equipes de saúde pela falta de um especialista com a competência necessária para verificar a oportunidade dos tratamentos, acompanhar e avaliar o uso dos medicamentos, assistir às necessidades dos pacientes

em relação a sua terapêutica. Essa é a competência precípua dos farmacêuticos.

Há que considerar, portanto, a importância da formação profissional em todos os níveis, como tem acontecido em diversos países com problemas semelhantes:

- Formação acadêmica: reformulação dos currículos de graduação, estímulo à pós-graduação nas áreas assistenciais, formação em serviço.
- Educação permanente.

No projeto que desenvolvemos junto à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, integrado ao Plano Diretor da Atenção Primária, foi proposto um treinamento emergencial em serviço para os farmacêuticos contratados (que está descrito a seguir, a título apenas de ilustração) visto que a reformulação da educação farmacêutica implica em ampla discussão com os profissionais e as instituições de ensino, e elaboração bem mais extensa.

Esse treinamento foi proposto de forma modular, com uma área de estudos em concentração de 40 horas e dispersão em 30 dias.

Em outras propostas, a orientação do cuidado farmacêutico por meio dos Problemas relacionados à medicação e o correto entendimento dos PRM como instrumento de uma prática assistencial e não como o seu conceito – método e não fim – tem permitido o treinamento dos farmacêuticos de forma bastante prática e objetiva, como nos exemplos descritos no texto da OMS *Developing pharmacy practice* (2006) e por muitos outros autores.

Proposta de treinamento para o projeto da Fundação Ezequiel Dias (2006)

1ª Fase: Módulo inicial

Este módulo, com uma carga horária total de 40 horas, tem como objetivo apresentar aos farmacêuticos os princípios e as diretrizes do modelo de assistência farmacêutica proposto, vinculado à organização e ao desenvolvimento geral da atenção à

saúde – Atenção Primária à Saúde, discutindo suas experiências prévias ou de formação acadêmica com o novo perfil de atuação proposto e sua integração à equipe de saúde.

A relação do farmacêutico com o portador de doença ou condição crônica será analisada no primeiro tópico: Semiologia.

No segundo tópico serão apresentadas as ações assistenciais propostas e as diferenças de suas características com as ações logísticas tradicionais desempenhadas pelos farmacêuticos.

As prioridades da atenção e as condutas básicas – Linhas-guias – são apresentadas como fontes de consulta e normas de ação. Os farmacêuticos devem estar familiarizados com instrumentos para essas ações, além de conhecer a importância das metodologias de acompanhamento e avaliação, desde o início e ao longo de seu trabalho.

Temas:

1. O Plano Estratégico da Saúde Em Minas Gerais e o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.
2. O Farmacêutico Como Membro da Equipe de Saúde: importância do trabalho em equipe.
3. Semiologia Farmacêutica: técnicas iniciais de abordagem ao paciente.
4. Ações Assistenciais: visão geral, conceitos; acompanhamento da adesão ao tratamento; dispensação especializada, conciliação de medicamentos, gestão de caso, atendimento farmacêutico à demanda espontânea, grupos operativo-educativos, visitas domiciliares – ênfase em conciliação de medicamentos e dispensação especializada.
5. Prioridades das Ações Assistenciais: Hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, idosos de alto risco, asma.
6. Linhas-Guia e Padronização de Tratamentos.
7. Instrumentos Operacionais.
8. Elaboração de Plano de Cuidados.
9. Acompanhamento e Avaliação.

2ª Fase: Treinamento Modular (Sequencial): em serviço

A atividade clínica do farmacêutico passa a exigir dele conhecimentos e habilidades para se relacionar com o portador de patologia ou condição crônica. O estudo da semiologia especializada (semiologia farmacêutica) será fundamental em seu trabalho. A primeira consulta servirá de base para todo o aprendizado da abordagem ao paciente.

Em situações diferentes de uma primeira consulta, a semiologia se aplica no contato permanente com os pacientes, em casa, no consultório, no hospital e nas particularidades dos pacientes nos diversos ciclos de vida, na cultura e no comportamento frente às doenças.

Nesse treinamento as ações assistenciais serão abordadas em profundidade tendo como modelo de estudo as condições definidas como prioritárias.

Serão vistos também a evolução, o tratamento, o acompanhamento e os medicamentos utilizados em cada uma dessas condições, além da elaboração de um plano de cuidados aos pacientes.

Haverá um período de dispersão mínimo de 30 dias entre cada módulo, com atividades programadas e avaliação e revisão das experiências de atendimento aos pacientes durante este período.

- **Primeiro módulo**

Carga horária total: 40 horas

Ação assistencial: Adesão ao tratamento

Doença: Hipertensão arterial

Temas:

1. Semiologia Farmacêutica: Primeira consulta (parte I).
2. Adesão a Tratamentos Prolongados.
3. Hipertensão Arterial – a doença, evolução da doença, tratamento, acompanhamento do tratamento.
4. Farmacologia dos Medicamentos para Hipertensão Arterial.
5. Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial.
6. Plano de Cuidados ao Portador de Hipertensão.

- **Segundo módulo**

Carga horária total: 40 horas

Ação assistencial: Gestão de caso

Doença: Diabetes

Temas:

1. Semiologia Farmacêutica: Primeira consulta (parte II).
2. Gestão de Caso.
3. Diabetes – a doença, evolução da doença, tratamento, acompanhamento do tratamento.
4. Farmacologia dos Medicamentos para Diabetes.
5. Gestão de Caso para Diabetes.
6. Plano de Cuidados ao Portador de Diabetes.

• **Terceiro módulo**

Carga horária total: 40 horas

Ação assistencial: Conciliação de medicamentos

(Doença) Condição: Idosos de alto risco/idoso frágil

Temas:

1. Semiologia Farmacêutica dos Eventos Adversos (erros e reações adversas como: reações alérgicas, reações anafiláticas, reações cutâneas e sistêmicas e síndromes principais).
2. Conciliação de Medicamentos.
3. Saúde do Idoso.
4. Farmacologia dos Medicamentos para o Idoso.
5. Conciliação de Medicamentos do Idoso.
6. Plano de Cuidados ao Paciente Idoso.

• **Quarto módulo**

Carga horária total: 40 horas

Ação assistencial: Dispensação especializada

Doenças: Tuberculose, hanseníase, asma.

Temas:

1. Semiologia Farmacêutica de Situações Diferenciadas.
2. Dispensação Especializada.

3. Tuberculose, Hanseníase, Asma Moderada e Grave em Crianças – a doença, evolução da doença, tratamento, acompanhamento do tratamento.
4. Farmacologia dos Medicamentos para Tuberculose, Hanseníase e Asma.
5. Plano de Cuidados para os Portadores de Tuberculose, Hanseníase e Asma.

Ao final dessa fase, estava previsto o desenvolvimento de um formato de EDUCAÇÃO PERMANENTE, nos moldes do Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (PEP), em aplicação, já bem estruturado de forma teórica e instrumental, com apoio das universidades regionais do Estado.

Mendes (2009, p. 641), ressalta que esse programa tem “o propósito de induzir uma cultura de mudança e de renovação da prática do profissional e criar um sistema de melhoria permanente de performance em busca da excelência dos cuidados às pessoas usuárias do SUS”.

A educação permanente para farmacêuticos deve possibilitar não só a aprendizagem do conhecimento científico mas também o desenvolvimento de habilidades de comunicação, mudanças de comportamento e atitudes, transformando as práticas vigentes e levando ao aperfeiçoamento contínuo da prática profissional.



Ações Assistenciais

Dadas as prioridades da assistência farmacêutica, sua dimensão e a definição de grupos e condições de saúde prioritárias, há necessidade de estabelecer um conjunto de ações, que se vinculem com essas prioridades, com o desenvolvimento do modelo de atenção (aqui a atenção primária e seu plano diretor), e que deem conta de resultados ou objetivos previamente desenhados e avaliados como resultados esperados.

Vale dizer, um conjunto de ações que configurem um programa que tenha impacto na qualidade da atenção à saúde e na melhoria das condições de vida das pessoas.

Ações isoladas, mesmo bem elaboradas não serão capazes de provocar impacto e mudanças frente à amplitude da questão da assistência farmacêutica. O problema central da assistência farmacêutica tem uma longa história, mas um curto caminho percorrido na direção dos pacientes, e a possibilidade da contribuição, desde que inovadora, é hoje considerada efetiva e possível, mas não em ações isoladas.

As ações assistenciais devem ser desenvolvidas de forma sistematizada e de acordo com a necessidade individual dos pacientes, sendo definidas como:

1. Acompanhamento da adesão ao tratamento
2. Dispensação especializada
3. Conciliação de medicamentos
4. Gestão de caso

5. Atendimento farmacêutico à demanda espontânea
6. Grupos operativo-educativos
7. Visitas domiciliares

Acompanhamento da adesão ao tratamento

Melhores resultados na saúde de uma população requerem tanto tratamentos eficientes quanto adesão a esses tratamentos. Como a carga das doenças na população moveu-se em direção às doenças crônicas, o problema da não adesão deve ser a principal preocupação para provedores dos serviços de atenção saúde. Isto porque o risco de não adesão aumenta com a duração e a complexidade dos regimes terapêuticos e tanto a longa duração quanto a complexidade do tratamento, são inerentes às doenças crônicas (WHO, 2003).

O melhor tratamento pode se tornar ineficaz se houver adesão inadequada. Apesar das intervenções atualmente disponíveis, a não adesão ao tratamento continua sendo um problema mundial.

Em inglês há dois termos mais usados para definir o conceito: *adherence* e *compliance* (*persistence* e *concordance* também têm sido sugeridos). A principal diferença é que *adherence* requer o acordo ou entendimento do paciente para com as recomendações como um contrato, no sentido de que os pacientes devam ser parceiros ou sócios dos profissionais de saúde no seu próprio cuidado (YACH, 2003 *apud* WHO, 2003).

Em português não existe uma natural diferenciação entre os dois termos; e *compliance* não tem sido traduzido nos textos técnicos, e em dicionários é definido como submissão, obediência, aquiescência, contemporização, conformidade. Já **aderência** como tradução, compromete a diferenciação, e melhor é **adesão**, que remete a comportamento e não a atitude.

Em espanhol aparecem os termos *cumplimiento* e *incumplimiento* e a expressão: *incumplimiento* de pautas posológicas, o que também considera o paciente como único culpado (MONTEJO; RODRIGUEZ-PLA *apud* RANTUCCI, 1998).

O que é a adesão ao tratamento?

A adesão ao tratamento é mais do que o simples ato de utilizar os medicamentos prescritos; relaciona-se diretamente aos comportamentos vinculados à saúde.

A OMS (WHO, 2003) adotou uma definição que une as versões de Haynes e Rand:

A medida segundo a qual o comportamento de uma pessoa – utilizar medicamentos, seguir uma dieta, e/ou adotar mudanças no estilo de vida – está em acordo com recomendações de um profissional de saúde.

São enfatizadas as relações de acordo entre o paciente e o profissional de saúde, ressaltando-se que a qualidade dessas relações é um determinante importante da adesão. As relações efetivas para definições de um tratamento são caracterizadas por um ambiente em que as alternativas dos recursos terapêuticos são exploradas, o regime negociado, a adesão discutida e o acompanhamento planejado (WHO, 2003).

O termo “adesão” ao tratamento deve ser visto como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece às orientações médicas, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo seu médico.

Significa que deve existir uma “aliança terapêutica” entre a equipe de saúde e o paciente, na qual são reconhecidas não apenas as responsabilidades específicas de cada um no processo mas também de todos que estão envolvidos direta ou indiretamente no tratamento.

Magnitude do problema

A maior parte das falhas que existem entre o que é recomendado e o que acontece realmente no tratamento de doenças crônicas é atribuída à não adesão.

Os custos com a não adesão nos Estados Unidos são estimados em 100 bilhões de dólares levando a milhares de eventos adversos graves e mortes (O'CONNOR, 2006).

Na China, em Gâmbia e em Seichelles, apenas 43%, 27% e 26%, respectivamente, dos pacientes, seguem os regimes

anti-hipertensivos prescritos. Dados sobre pacientes com depressão revelam que entre 40% e 70% aderem ao tratamento com antidepressivos. Na Austrália, apenas 43% dos pacientes com asma utilizam seus medicamentos todo o tempo como prescrito, e apenas 28% utilizam os medicamentos preventivos prescritos. No tratamento de pacientes com HIV/AIDS, a adesão em relação aos agentes antirretrovirais varia entre 37% e 83%, dependendo do medicamento estudado e das características demográficas da população (WHO, 2003).

Para os autores, esses indicadores ainda apresentam um quadro incompleto, e subgrupos populacionais importantes em países em desenvolvimento não foram estudados, como adolescentes, crianças e populações marginais.

Os resultados da falta de adesão são a primeira causa na redução dos benefícios clínicos, provocando complicações médicas e psicossociais, afetando a qualidade de vida dos pacientes e desperdiçando os já limitados recursos destinados à saúde (WHO, 2003).

Na relevante publicação da OMS, “*Adherence to long-term therapies: evidence for action*” (WHO, 2003), que será a referência básica deste tópico, são salientados diversos aspectos importantes:

1. A inadequada adesão ao tratamento das doenças crônicas é um problema mundial de grande magnitude. Nos países desenvolvidos a adesão média é de 50% e nos países em desenvolvimento, esse percentual é ainda menor.
2. O impacto da adesão insuficiente cresce com o aumento da carga das doenças crônicas em todo o mundo. As doenças não transmissíveis, doenças mentais, HIV/AIDS, tuberculose, juntas representaram 54% da carga de todas as doenças no mundo em 2001 e irão superar 65% em 2020. Os pobres são desproporcionalmente mais acometidos.
3. As consequências da não adesão aos tratamentos prolongados acarretam resultados abaixo do esperado na saúde e aumento dos custos. As intervenções dirigidas para melhorar a adesão promovem um retorno significativo nos investimentos através da prevenção primária (dos fatores de risco) e prevenção secundária dos resultados adversos na saúde.

4. A melhoria na adesão também aumenta a segurança do paciente (a adesão parcial a determinados tratamentos pode agravar recidivas de doenças, elevar o risco de efeito rebote de abstinência, aumentar o risco de resistências, de toxicidade e a probabilidade de acidentes).
5. A adesão é um importante modificador da efetividade do sistema de saúde. Os resultados sobre a saúde da população previstos pela efetividade dos dados de tratamentos não podem ser alcançados a não ser que as taxas de adesão sejam usadas para planejar e avaliar.
6. O aumento da eficácia das intervenções sobre a adesão pode ter um impacto muito maior na saúde da população que qualquer melhoria em tratamentos médicos específicos. Sem um sistema que enfoque os determinantes da adesão, os avanços na tecnologia biomédica não conseguirão cumprir seu potencial de redução na carga das doenças crônicas. O acesso ao medicamento é necessário, mas insuficiente por si para o sucesso no tratamento das doenças.
7. Os pacientes precisam ser ajudados, não culpados pela não adesão. Embora as evidências sejam em contrário, continua a haver a tendência de focalizar nos fatores relacionados ao paciente, as causas e os problemas com a adesão e negligenciar os determinantes dos provedores e do sistema de saúde.
8. A adesão é simultaneamente influenciada por diversos fatores. A capacidade dos pacientes de seguir planos de tratamento de um modo ótimo é frequentemente comprometida por mais de uma barreira, usualmente relacionada com diferentes aspectos do problema. Isso inclui os fatores sociais e econômicos, a equipe e o sistema de saúde, as características das doenças, e os fatores relacionados aos pacientes e aos tratamentos.
9. São necessárias intervenções adaptadas ao paciente, e não há uma única estratégia ou pacote de estratégias que se mostraram eficazes para todos os pacientes, condições e situações. Consequentemente, as intervenções que objetivem a adesão devem ser adaptadas para cada demanda particular

vivenciada pelo paciente em relação a sua doença. Para conseguir isso, os sistemas de saúde devem desenvolver mecanismos de avaliar adequadamente não apenas a adesão, mas também os fatores que a influenciam.

10. A adesão é um processo dinâmico que requer acompanhamento.
11. Os profissionais de saúde devem ser treinados em práticas que contribuam com a adesão.
12. Família, comunidade e pacientes: o fator-chave para sucesso na melhoria da adesão.
13. Visão multidisciplinar é necessária para a adesão.

Fatores determinantes da adesão ao tratamento

A adesão é um fenômeno multidimensional determinado por cinco conjuntos de fatores:

A. Fatores sociais e econômicos

- Situação socioeconômica
- Pobreza
- Ignorância
- Baixo nível educacional
- Desemprego
- Falta de suporte efetivo de serviços sociais
- Condições de vida instáveis
- Longas distâncias dos centros de tratamento
- Alto custo dos transportes
- Alto custo dos medicamentos
- Mudanças de situações ambientais
- Cultura e crenças sobre a doença e o tratamento
- Disfunções familiares

B. Fatores relacionados à equipe e ao sistema de saúde

- Falta de conhecimento sobre a adesão e sobre intervenções eficazes
- Falta de instrumentos clínicos para ajudar os profissionais de saúde a avaliar e intervir sobre os problemas de adesão

- Comunicação inadequada entre pacientes e profissionais de saúde
- Lacunas na provisão de cuidados para as condições crônicas
- Falta de instrumentos para ajudar os pacientes no desenvolvimento de comportamentos adaptados a sua saúde ou alterações de comportamento.
- Serviços de saúde pouco desenvolvidos
- Planos de saúde inadequados
- Sistema ineficaz de distribuição de medicamentos
- Falta de conhecimento e de treinamento dos profissionais de saúde no manejo de doenças crônicas
- Excesso de trabalho dos profissionais de saúde
- Falta de incentivo e estímulo sobre o desempenho
- Tempo escasso das consultas
- Fraca capacidade dos sistemas de educar e monitorar os pacientes
- Inabilidade de estabelecer suporte à comunidade

C. Fatores relacionados à condição da doença

- Gravidade dos sintomas
- Nível de incapacidade (física, psicológica, social ou vocacional)
- Velocidade de progressão e gravidade da doença
- Disponibilidade de tratamentos efetivos
- Comorbidades (depressão, abuso de álcool e outros)

D. Fatores relacionados ao tratamento

- Complexidade dos regimes de tratamento
- Duração do tratamento
- Falha de tratamentos anteriores
- Alterações frequentes no tratamento
- Efeitos benéficos imediatos
- Eventos adversos

- Disponibilidade de suporte da equipe de saúde para esses fatores

E. Fatores relacionados ao paciente

- Conhecimento e crenças sobre a doença
- Motivação para o tratamento
- Confiança
- Expectativas sobre os resultados do tratamento
- Tendência ao esquecimento
- Ansiedade sobre possíveis efeitos adversos
- Baixa motivação
- Conhecimento inadequado sobre os sintomas e o tratamento
- Falta de percepção da necessidade do tratamento
- Conceitos negativos sobre a eficácia do tratamento
- Mal entendimento e não aceitação da doença
- Descrença no diagnóstico
- Falta de percepção sobre o risco da doença
- Falta de entendimento sobre as recomendações do tratamento
- Não aceitação do monitoramento
- Frustração com a equipe de saúde
- Medo de dependência
- Sentimento de estigmatização da doença

Alguns estudos indicam que os fatores organizacionais são mais importantes que os sociodemográficos, como tempo gasto com o médico, continuidade do tratamento com o mesmo médico, estilo de comunicação do médico e de outros profissionais de saúde. Esses fatores seriam mais importantes que sexo, raça, estado civil, idade, nível educacional e estado da saúde (WHO, 2003, *op cit.*).

Intervenção sobre os fatores de não adesão ao tratamento

Existem estudos e métodos definidos sobre as formas de intervenção nos fatores de não adesão ao tratamento, nem sempre

com resultados uniformes especialmente quando são necessárias mudanças comportamentais.

Um dos problemas está na tendência de focalizar a intervenção de forma unidimensional, primariamente sobre os fatores relacionados ao paciente. Todas as cinco dimensões devem ser consideradas numa exploração sistemática sobre os fatores relacionados à não adesão.

Souza *et al.* (2007), em trabalho realizado na clínica de farmacologia cardiovascular da Universidade de Campinas, mostraram a importância da abordagem multifatorial do cuidado farmacêutico no controle de pacientes com hipertensão resistente ao tratamento. As intervenções farmacêuticas foram dirigidas a aspectos da adesão ao tratamento, problemas relacionados à medicação, análise da qualidade de vida relacionada à saúde, intervenções educacionais e comportamentais discutindo as limitações e possibilidades dos programas de cuidado farmacêutico sobre o controle da hipertensão. Nos pacientes observados pelos autores houve uma tendência a melhor controle da hipertensão, aumento da adesão ao tratamento, mas a conclusão é que os programas de cuidado farmacêutico não contribuíram significativamente para o controle da hipertensão resistente e que novos estudos devem avaliar a *performance* das diferentes estratégias. Em outro trabalho, os mesmos autores identificam uma contribuição importante no monitoramento intensivo da adesão ao tratamento para identificar a hipertensão resistente “verdadeira”. Eliminando a não adesão como causa e melhorando essa adesão como fator e investigando e trabalhando outras hipóteses etiológicas, estes autores mostram uma contribuição efetiva do cuidado farmacêutico no diagnóstico final, reafirmando a importância do monitoramento da adesão (SOUZA *et al.* 2009).

Um dos trabalhos recentes mais importantes sobre adesão ao tratamento foi publicado no final de 2009 pela Biblioteca Cochrane. Trata-se de uma revisão sistemática de Haynes, RB *et al.* *Interventions for enhancing medication adherence*, verificando 18.867 citações sobre o assunto e analisando 1.020 publicações com critérios de evidência. Alguns estudos estão relacionados a tratamentos de curto prazo, em condições infecciosas, e a maioria em tratamentos

de condições crônicas, como hipertensão arterial, doença isquêmica crônica do coração, insuficiência cardíaca, esquizofrenia ou psicose aguda, asma e DPOC, artrite reumatoide, hiperlipidemia, AIDS, diabetes, tuberculose, terapia anticoagulante e regimes complexos em idosos, configurando uma gama bastante variada e interessante de situações.

As observações e conclusões dos autores são preocupantes: para eles, a literatura concernente a intervenções para melhorar a adesão aos medicamentos continua surpreendentemente fraca, apesar dos avanços na terapêutica médica nos últimos anos. Esses estudos mostraram pouca evidência de que a adesão ao tratamento possa ser melhorada consistentemente, com os recursos usualmente disponíveis nas unidades clínicas ou que possam conduzir a melhorias nos resultados dos tratamentos.

Os autores concluem que nos tratamentos de curto prazo muitas intervenções bastante simples aumentaram a adesão e melhoraram os resultados dos pacientes, mas os resultados não são conclusivos, portanto são necessárias mais pesquisas com metodologias mais avançadas. De outro lado, os métodos atuais para melhorar a adesão dos problemas crônicos são na maioria das vezes complexos e não muito eficazes, de forma que os benefícios totais do tratamento não podem ser realizados. As intervenções mais complexas que levaram a alguma melhoria no resultados de saúde incluíram combinações de cuidados. Concluem que a maior prioridade deve ser dada para fundamentar e aplicar investigações concernentes a inovações para ajudar os pacientes a seguir a prescrições medicamentosas para transtornos de longa duração.

Embora muitas intervenções (como educação em autocuidado, programas de cuidado farmacêutico, protocolos de intervenção de enfermagem, de farmacêuticos e outros profissionais de saúde não médicos, aconselhamentos, consultas, intervenções comportamentais, monitoramentos, lembretes, entre outros) tenham se mostrado eficazes em aumentar as taxas de adesão, elas têm sido usadas isoladamente. Muitos programas têm mostrado melhores resultados com o uso de abordagens de equipes multiprofissionais. De fato existe evidência adequada para apoiar

o uso de equipes de saúde inovadoras e transformadoras, mais que as práticas clínicas tradicionais, independentes e sistemas de estruturas mínimas e isoladas.

Os autores que trabalham com os problemas relacionados à medicação (PRM) identificaram quais desses problemas estão implicados com a não adesão. É interessante observar no quadro a seguir a causa de não adesão em dois trabalhos:

Quadros 3 - Causas de não adesão ao tratamento

Causa	Autor		
	Cipolle		Oliveira
	Pacientes ≤65anos	Pacientes ≥65 anos	
Não compreendeu as instruções	48.3%	38.9%	24.8%
Prefere não tomar a medicação	27.2%	21.2%	15.9%
Esqueceu de tomar a medicação	13.2%	8.1%	12.6%
Medicação de custo muito alto	9.4%	28.7%	36.2%
Não pode engolir ou autoadministrar	1.1%	2.3%	1.8%
Medicamento não disponível	0.8%	0.8%	8.6%

CIPOLLE *et al.*: *Pharmaceutical care practice* 2004; OLIVEIRA *et al.*: *Medication therapy management: 10 years of experience*, 2010.

O quadro mostra o alto percentual da “não compreensão das instruções” como principal causa da não adesão e um percentual significativo de pacientes que “preferem não tomar a medicação” nos dois trabalhos, ou seja, em torno de 60% dos problemas identificados são passíveis de resolução. É fundamental que as intervenções sejam voltadas para as necessidades individuais dos pacientes e compreendam um conjunto de estratégias educacionais e comportamentais capazes de promover mudanças nesse quadro.

Outros dois conjuntos de dados importantes mostrados no trabalho de Cipolle revelam: (1) asma, diabetes, depressão, hipertensão e ansiedade são as condições médicas que mais causam

não adesão em pacientes abaixo de 65 anos de idade, enquanto que em pacientes acima de 65 anos de idade as 5 condições são artrite, hiperlipidemia, hipertensão, diabetes e rinite alérgica; (2) esteroides inalatórios, estatinas, beta-adrenérgicos inalatórios, bloqueadores de cálcio e antidepressivos SSRI são as categorias de medicamentos mais implicados na não adesão em pacientes abaixo de 65 anos enquanto estatinas, beta-adrenérgicos inalatórios, bloqueadores de cálcio, inibidores da ECA e beta-bloqueadores são os medicamentos mais responsáveis pela não adesão em pacientes acima de 65 anos.

Esses dados e os do quadro anterior podem orientar as ações sobre adesão ao tratamento.

Algumas estratégias podem ser utilizadas para melhorar a adesão ao tratamento:

A - Abordagem multiprofissional do atendimento:

- A adesão é um processo longo de construção conjunta de uma equipe com seus pacientes e resulta do esforço de superar dificuldades de várias ordens; a diversidade dos pacientes é um desafio constante.
- A atuação dos diferentes elementos tem caráter complementar e aumenta as possibilidades de sucesso do tratamento tanto farmacológico quanto não farmacológico.
- A estratégia deve se iniciar no primeiro atendimento e ser repetida com frequência, em todos os atendimentos para que o efeito seja mantido.
- A demora para o atendimento e o tempo escasso para a consulta influencia o comportamento dos pacientes, assim como a mudança de médico a cada consulta. Serviços que mantêm o mesmo profissional têm obtido maior adesão.
- A criação de grupos de adesão ao tratamento se mostrou útil, com os pacientes trocando suas experiências e buscando motivação para a adesão (autoajuda).
- As visitas domiciliares indicam qualidade de vínculo com a equipe e atenção, e são valorizadas pelo paciente, com repercussão direta em sua esperança e na adesão ao tratamento.

- Divulgar as orientações e sugestões criativas das equipes de saúde ou de usuários para estimular a adesão pode ser uma maneira de manter a discussão permanente e aumentar as taxas de adesão.

B - Abordagem do profissional de saúde:

- A confiança é elemento-chave na relação, e nasce de credibilidade, empatia e respeito à privacidade. Acreditar na eficácia do medicamento oferece a quem o toma mais recursos para lidar com os obstáculos à adesão. A confiança leva a uma cumplicidade no cuidado com a saúde.
- O profissional disposto à escuta, a respeitar o mundo das crenças de seus pacientes e a compartilhar a responsabilidade do tratamento apresenta uma prática mais eficaz. É necessário investir na forma de abordagem, de comunicação, e os casos mais difíceis devem ser encarados como desafios, não como fracassos.
- A criatividade e a atenção individualizada são grandes aliadas da melhor adesão. O paciente quer ser único e singular, não uma ficha ou um número. Cada pessoa é única, detentora de uma história a ser compartilhada. Existe uma diversidade em cada contexto, em cada paciente.
- É importante estar disponível, passar a proposta de tratamento de forma não autoritária e amigável, falando da necessidade de adesão, através do diálogo, interagindo com o paciente, buscando uma linguagem mais adequada. O uso de metáforas, mais acessíveis à realidade do paciente é uma forma de garantir uma melhor compreensão.
- O melhor atendimento é aquele que cria um ambiente favorável e de confiança, em que o paciente sinta tranquilidade para se expor. A forma de perguntar de maneira autoritária pode parecer acusatória. Muitas vezes o olhar e o tom não motivam o paciente a falar de falhas, deixando-o com vergonha de dizer que não compreendeu nada.
- Não ignorar o excesso de informação e a capacidade de discussão dos pacientes mais informados e interessados, nem

exigir uma compreensão além das possibilidades daqueles que não têm em comum o mesmo tipo de vocabulário elaborado ou não partilham as mesmas crenças e experiências culturais.

- Acompanhar os resultados do tratamento, fazendo o paciente perceber que está melhorando e que o sacrifício está valendo a pena é ótima conduta.
- Reconhecer e evitar o preconceito que também existe na adesão. Muitos acreditam que as pessoas com baixa instrução têm menor adesão, o que não é verdade. É comum acreditar que suas dificuldades decorrem da complexidade do tratamento ou a credices populares, mas as pessoas com alto nível de escolaridade também possuem crenças e imaginário que relativizam a fala dos profissionais de saúde.
- É frequente imaginar que uma das maiores dificuldades dos pacientes seja com o número de medicamentos, mas o mais complicado são as mudanças na rotina e na alimentação. Quebra de rotina pode ser um fator desestruturador. Uma boa estratégia é tentar inserir os medicamentos de uma maneira realista no cotidiano do paciente, respeitando as peculiaridades de cada um.
- A adesão é um processo permanente e contínuo; os pacientes mudam os regimes terapêuticos por conta própria.
- Nas doenças crônicas, parece não estar claro para muitos pacientes o fato de que o tratamento deve ser encarado como continuado. O comportamento de muitos deles demonstra que, por trás de sua maneira de lidar com o tratamento, está a ideia de que o tratamento poderá ser abandonado em algum momento. Quando percebem uma melhora, traduzem-na como cura, não como tendência à estabilização de uma situação que deverá ser mantida sob controle.

Considerações sobre os métodos para a avaliação ou medida da adesão ao tratamento

A detecção da não adesão aos tratamentos constitui um pré-requisito imprescindível para um tratamento adequado. Esta detecção pode proporcionar, num segundo momento, através

de uma atenção cuidada, a compreensão dos problemas e dificuldades a uma adesão adequada e, em consonância possibilitar o delineamento de estratégias de atuação junto do paciente que resultem, por exemplo, num melhor ajustamento do regime terapêutico possível ao estilo de vida de cada paciente, ou levar à implementação de apropriados programas de educação para à saúde, ou ainda, simplesmente conduzir a uma alteração dos moldes da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente (DELGADO; LIMA, 2001).

Conhecer o grau de adesão ao tratamento não é simples. A complexidade de avaliação do grau de adesão aos tratamentos deve-se, entre outros fatores, à dificuldade de estabelecimento de padrões aceitáveis sobre o método de medida, uma vez que a obtenção de dados exatos requer metodologias complexas, sofisticadas e caras. Não há um método considerado padrão ouro na determinação dos níveis desejáveis de adesão para se obter efetividade terapêutica aceitável, o que varia entre doenças e tratamentos diversos.

Em função da necessidade de utilização de um método de medida de adesão ao tratamento e considerando a boa consistência, a sensibilidade e a especificidade da Medida Psicométrica de Adesão aos Tratamentos à qual se responde na forma da escala de Likert modificada, desenvolvido por Delgado e Lima (2001), esse modelo propõe a utilização desse método para a avaliação do grau de adesão aos tratamentos.

Apesar de não explicar as razões da maior ou menor adesão aos tratamentos prescritos, esse método permite, de forma mais fácil e extensiva, a identificação do comportamento dos pacientes quanto à sua adesão, além de apresentar muita flexibilidade e adaptabilidade a diversos contextos clínicos.

A identificação e a análise dos fatores condicionantes de não adesão ao tratamento, bem como a situação com as quais se relacionam, propostas no roteiro do acompanhamento da adesão aos tratamentos complementam as informações possibilitando uma análise mais completa da situação e o direcionamento mais preciso das intervenções necessárias.

As dificuldades teórico-metodológicas dos estudos de adesão podem ser minimizadas com a utilização de multiplicidade

de técnicas e a integração entre metodologias quantitativas e qualitativas.

Embora os testes sejam baseados em formulários padronizados, sem aprofundamento individualizado, alguns autores citam a necessidade de que o paciente e o entrevistador tenham uma relação de confiança e que a validade dos testes depende da sinceridade do entrevistado.

Vários autores agrupam os sistemas de medida de adesão ao tratamento em métodos diretos e indiretos:

1. Métodos diretos ou objetivos: baseados em técnicas analíticas que verificam se o medicamento foi administrado ou tomado na dose e frequência necessária através da identificação de metabólitos do medicamento ou de marcadores químicos de maior permanência no organismo (por exemplo: dosagens de níveis sanguíneos e excreção urinária). Teoricamente apresentariam maior sensibilidade e especificidade; no entanto, é um método pouco prático, caro e não está disponível para grande parte dos medicamentos. Além disso, devem ser consideradas as diferenças individuais de reação aos fármacos.
2. Métodos indiretos ou subjetivos: obtenção da informação do nível de adesão utilizando metodologias baseadas nas informações que os pacientes fornecem para os profissionais de saúde, podendo incluir perguntas diretamente ao paciente (entrevistas ou *self-reports*) e estimativa indireta das unidades de medicamentos que o paciente ainda possui, por contagem manual ou eletrônica (*chips* eletrônicos que marcam a abertura do recipiente de pílulas). Quando utilizados de forma consistente e organizada, podem fornecer informações valiosas sobre o grau de adesão ao tratamento.
 - 2.1. Método de contagem de medicamentos: consiste na estimativa por contagem manual ou eletrônica (*chips* eletrônicos que marcam a abertura do recipiente de pílulas, como uso de monitoramento eletrônico da medicação através do *medication event management systems (MEMS)*, calculando-se a adesão a partir da seguinte fórmula: razão entre o número de medicamentos efetivamente tomados

(NMT) durante um certo intervalo de tempo e o número de medicamentos prescritos (NMP), obtendo-se uma percentagem de adesão aos tratamentos, isto é, $(NMT/NMP) \times 100$. Pode-se considerar como adesão os valores entre 80% e 120% da dose prescrita e como não adesão às percentagens abaixo ou acima das referidas, uma vez que alguns autores verificaram que doentes hipertensos que tomavam 80% da prescrição obtinham os resultados clínicos desejados de normalização da pressão arterial. Os métodos de contagem de medicamentos também não garantem a fidedignidade: comprimidos podem ser descartados e até os *chips* podem ser manipulados.

- 2.2. Resultados clínicos ou avaliação do efeito farmacológico esperado: Esse método pressupõe uma relação direta e estreita entre a adesão ao tratamento e os resultados clínicos esperados; no entanto, inúmeros fatores podem interferir nessa relação, podendo inclusive ocorrer a adesão, mas o indivíduo não manifestar os efeitos desejados. Alguns autores afirmam que esse método pode ser usado como medida de adesão quando a um dado tratamento está associado um resultado clínico de sucesso preciso, por exemplo, parâmetros fisiológicos como o nível de glicose ou a pressão arterial. Outros autores consideram que pode ocorrer o “efeito escova de dente”, isto é, o doente adere ao tratamento apenas imediatamente antes da visita ao médico.
- 2.3 Entrevista estruturada: aplicação mais acessível e de menor custo. O maior problema apontado para esse método é a superestimativa da adesão, pois mais uma vez o paciente pode esconder do entrevistador a forma como realizou o tratamento na realidade. No entanto, quando bem conduzidos, são bons indicadores da adesão real. A eficácia deste método depende muito da habilidade do entrevistador para obter respostas fidedignas. São úteis na identificação de pacientes em risco de não adesão.

A seguir apresentamos alguns exemplos de entrevistas estruturadas.

- Teste de Haynes-Sackett: consiste em uma pergunta, em que se estima a taxa de adesão ao tratamento em percentual de comprimidos tomados em determinado período.

“A maioria das pessoas têm dificuldades para tomar seus comprimidos, você tem alguma dificuldade para tomar os seus? Se a resposta for positiva, solicita-se que o paciente diga o número médio de comprimidos que esqueceu de tomar em um período de tempo (por exemplo, nos últimos sete dias ou no último mês).

O questionamento sobre a adesão ou não à terapêutica é feito de forma amigável, tentando expressar o menor nível de pressão possível, citando as dificuldades encontradas por outros pacientes e solicitando que o paciente fale sobre suas dificuldades. Caracteriza-se boa adesão quando os valores estiverem entre 80% e 110%. Este método oferece uma especificidade alta, mas uma sensibilidade baixa, ou seja, detecta-se apenas o número de pacientes que não aderem ao tratamento e somente se estima o número de pacientes com boa adesão.

- Teste de Morisky, Green e Levine: mais usado e validado em um estudo espanhol para pacientes asmáticos e hipertensos (Silvestre-Busto *et al.*, 2001 *apud* Leite e Vasconcelos, 2003). Constituído de quatro perguntas básicas sobre horário, esquecimento, percepção de efeitos colaterais e a ausência de sintomas, a cujos itens os inquiridos respondiam de forma dicotômica, (i.e. “sim/não”). Fundamenta-se na construção das questões pela negativa, em que a resposta “não” significa adesão, para evitar a propensão a respostas positivas.

O teste tende a superestimar a não adesão, ao contrário do que se espera de métodos indiretos, e não dá ao paciente a oportunidade de expressar suas dificuldades e seu entendimento a respeito do tratamento. Considera-se boa adesão quando o paciente responde corretamente as quatro perguntas. Esse teste oferece um baixo valor de sensibilidade e especificidade (DELGADO; LIMA, 2001).

1. Esquece alguma vez de tomar os medicamentos?
2. Toma os medicamentos na hora indicada?

3. Quando se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?

4. Se alguma vez se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?

- Teste de Batalla: desenvolvido originalmente para identificação do conhecimento que o paciente tem sobre a “hipertensão” como doença, posteriormente passou a ser usado como preditor da adesão pela forte correlação existente entre a adesão e o conhecimento da doença. É considerado um método de alta sensibilidade e um alto valor preditivo. Considera-se como boa adesão ao tratamento o paciente que responde corretamente a estas perguntas:

1. A hipertensão é uma doença para toda a vida?

2. É possível controlar a hipertensão com dieta e/ou medicamentos?

3. Cite dois ou mais órgãos que podem ser lesionados pela pressão elevada.

- Medida psicométrica de adesão ao tratamento: Delgado e Lima (2001) desenvolveram e validaram em Lisboa/Portugal um método de medida de adesão aos tratamentos. Neste teste, as respostas são dadas em termos de escala de Likert, possibilitando a captação de maior diversidade de situações em termos de comportamento de adesão que a escala dicotômica utilizada por Morisky *et al.* (1986).

Essa medida de adesão é consituída por sete itens dos quais:

- os itens 1, 2, 3, 4 foram adaptados de Morisky *et al.* (1986)

- o item 7 foi adaptado de Shea *et al.* (1992)

- o item 6 foi adaptado da Ramalhinho(1994)

Nesse trabalho, metade dos inquiridos respondeu às questões numa escala dicotômica (sim = 0 e não = 1); os restantes responderam numa escala de Likert de seis pontos (que variava de **sempre = 1** a **nunca = 6**). Em ambos os casos, os sete itens foram combinados numa nova variável cujo valor expressa o nível de adesão aos tratamentos. Além da aplicação dos questionários, foi utilizado o método de contagem dos medicamentos, realizado em duas visitas aos domicílios dos inquiridos.

Os resultados do trabalho mostram que:

- Os três itens introduzidos cobrem possibilidades novas de descortinar situações de não adesão; os itens 5 e 6 claramente referem-se a situações conhecidas na prática do profissional de saúde, que não estavam contempladas pela medida de adesão de quatro itens.
- O item 5 (Alguma vez tomou um comprimido a mais, ou vários comprimidos para sua doença, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?) é o único que permite aceder a comportamentos de não adesão por excesso relativo à prescrição, comportamento que acarreta com frequência problemas de saúde tão ou mais graves que a não adesão por falta.
- O item 6 (Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?) é um indicador para dificuldades de viés econômico ou mesmo de desabastecimento na Unidade Básica de Saúde.
- O item 7 (Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?) funciona como uma espécie de pergunta aberta que permite aceder a qualquer situação *sui generis* que eventualmente não esteja expressa nos seis itens anteriores e dá oportunidade para que o paciente faça uma reflexão do seu comportamento de adesão aos tratamentos e corrija o sentido de uma ou outra resposta dada nos itens anteriores.

No modelo psicométrico de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), o nível de adesão resulta do somatório dos valores de cada item dividido pelo número de itens.

A maior pontuação possível a ser obtida é 42 (7 respostas iguais a 6), valor que pode ser considerado igual a 100% de adesão. Ao obter as respostas de determinado paciente, o total de pontos alcançados será comparado em termos percentuais ao valor máximo, conseguindo-se, assim, o valor da adesão daquele paciente.

Os autores consideraram que os resultados desse estudo responderam às expectativas propostas, ou seja, que os três itens introduzidos ofereciam possibilidades novas de detecção de

situações de não adesão e que as respostas às diversas situações expressas nos sete itens numa escala de Likert permitiam captar e discriminar melhor às sutilezas das diversas situações comportamentais dos indivíduos quanto à sua adesão aos tratamentos.

Com o objetivo de aprofundar a validação concorrente da medida psicométrica de adesão aos tratamentos, foi utilizada a correlação entre essa medida e o nível de adesão aos tratamentos obtidos pelo método de contagem de medicamentos. Os resultados mostram que, em qualquer condição de resposta, a medida de adesão apresenta uma elevada correlação com a medida de critério contagem de medicamentos e que a resposta em uma escala de Likert é significativamente mais capaz e mais sensível a detectar as situações de não adesão. Os resultados indicam que a medida de sete itens utilizada como resposta na forma da Escala de Likert oferece uma consistência interna adequada para obter o nível da adesão aos tratamentos.

Escala de Likert

Segundo Oliveira *et al.* (2007), as escalas de atitudes indicam a intensidade da atitude de uma pessoa em relação a determinado estímulo. Essas escalas apontam o grau de satisfação frente a uma situação. Com isso, é possível atingir um escore total que representará sua concordância ou discordância em relação ao que está sendo mensurado. Likert planejou uma escala simples e objetiva para avaliar a atitude, apresentando afirmações favoráveis e desfavoráveis acerca de um determinado assunto, de modo que a pessoa não apenas responde se concorda ou não com as afirmações, mas também informa qual seu grau de concordância ou discordância.

É atribuído um número a cada resposta, que reflete a direção da atitude do respondente em relação a cada afirmação. A somatória das pontuações obtidas para cada afirmação é dada pela pontuação total da atitude de cada respondente. São mais simples de construir e permitem obter informações sobre o nível dos sentimentos dos respondentes, o que dá mais liberdade a eles, que não precisam se restringir ao simples “concordo/discordo” das escalas dicotômicas.

Aos vários graus de concordância / discordância são atribuídos números para indicar a direção da atitude do respondente. Geralmente os números utilizados variam de 1 a 5, ou -2, -1, 0, +1, +2. O conjunto de números utilizados não faz diferença em função das conclusões a que se quer chegar. O importante é que se atribuam corretamente os números às respostas de afirmações positivas e negativas (FAUZE, 1996, p. 97 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2007). A maior pontuação possível será a multiplicação do maior número utilizado (por exemplo, 5) pelo número de assertivas favoráveis, e a menor pontuação será a multiplicação do menor número utilizado (por exemplo, 1) pelo número de assertivas desfavoráveis. A pontuação individual pode ser comparada com a pontuação máxima, indicando a atitude em relação ao problema apresentado.

Proposta para desenvolvimento das atividades

Aspectos gerais

Na avaliação da adesão, é importante lembrar que:

- A adesão ao tratamento vai além do simples seguimento da prescrição de medicamentos: relaciona-se à maneira como o indivíduo vivencia e enfrenta a doença, a adaptação à sua nova condição de saúde assim como ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado, principalmente em relação às doenças crônicas (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005);
- A adesão ao tratamento é um problema multifatorial e extremamente complexo; é um processo dinâmico que pode se manifestar sob diversas formas em distintos momentos do tratamento, portanto requer um acompanhamento constante.
- É importante que o usuário tenha conhecimento e compreenda a enfermidade que o acomete e os objetivos do tratamento proposto, o que favorece a sua motivação e disposição em segui-lo;
- A percepção dos benefícios e dos resultados positivos do tratamento é fundamental para a sua motivação para aderir ao tratamento proposto, tornando-se sujeito ativo no seu processo de viver e conviver com a doença e o tratamento;

- O paciente precisa de apoio, não de ser culpado por insucesso ou falha do seu tratamento;
- Quanto mais complexo e mais longo for o regime de tratamento e quanto maior a necessidade de mudança no estilo de vida, menor é a adesão ao tratamento (muitos medicamentos, com diferentes horários de administração, adequação das rotinas);
- Estudos indicam que menos de 5% dos pacientes, ao receber novas receitas, não fazem nenhuma pergunta a seus médicos ou farmacêuticos. Os médicos tendem a interpretar o silêncio do paciente como compreensão e satisfação com a informação recebida. Enganos frequentes ocorrem porque os pacientes não recebem informação adequada sobre os medicamentos ou falham em seguir as instruções que lhe foram dadas (LORIG *et al.*, 1994);
- Muitos pacientes são relutantes em fazer questionamentos a seus médicos, com medo de parecer ignorantes ou de desafiar a autoridade do doutor. Mas fazer essas perguntas é uma parte necessária de uma relação médico-paciente saudável (LORIG *et al.*, 1994);
- Para fins de determinação do grau de adesão, podemos considerar como uma boa taxa de adesão, os valores maiores ou iguais a 80% de uso do total de medicamentos prescritos;
- As situações abaixo relacionadas podem ser consideradas como de não adesão:
 - não tomar ou interromper a medicação prescrita;
 - tomar menos ou mais da dosagem prescrita;
 - não observar os horários ou omitir doses;
 - não tomar os medicamentos pelo tempo em que foram prescritos;
 - não seguir recomendações dietéticas ou outras que acompanham a prescrição;
 - tomar medicamentos que não foram prescritos;
 - não comparecer às consultas médicas;
 - não comparecer à farmácia para receber os medicamentos;
 - não seguir as mudanças no estilo de vida recomendadas.

Etapas

- A. Identificar os pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento: nome e motivo da não adesão, através de:
 - A.1- primeiro atendimento farmacêutico;
 - A.2- informações do médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, atendente da farmácia ou outros membros da equipe de saúde;
 - A.3- dispensação especializada;
 - A.4- familiares do paciente e/ou cuidador.
- B. Analisar o prontuário dos pacientes identificados:
 - B.1- conhecer o paciente, sua doença e seu grau de risco;
 - B.2- verificar as informações prestadas pela equipe de saúde;
 - B.3- procurar identificar a presença do motivo da não adesão, de acordo com os fatores determinantes – sociais e econômicos, relacionados à equipe e ao sistema de saúde, à doença, ao tratamento e ao paciente.
- C. Relacionar os pacientes e priorizar o atendimento segundo o grau de risco da doença e segundo parecer da equipe de saúde.
- D. Agendar o atendimento ou visita domiciliar.
- E. Roteiro para realizar o atendimento:
 - E.1- No primeiro contato com o paciente a entrevista poderá ser iniciada com a explicação do propósito do atendimento ou da visita, abordando as seguintes questões:
 - Seguir de forma correta o tratamento é de fundamental importância para o seu bem-estar e controle de sua doença.
 - Vamos procurar saber se isso está ocorrendo e se precisamos melhorar. De acordo?
 - Como é o conhecimento do paciente sobre sua doença, conhece o ciclo de sua doença, as possíveis complicações e as estratégias eficazes para prevenir essas complicações?
 - Como o paciente reage à necessidade de adequação às novas condições de saúde? Está motivado para mudar seus comportamentos e manter estilos de vida saudáveis?

- O paciente percebe sua responsabilidade no tratamento, compreende os benefícios desse tratamento?

E.2 - Procurar identificar e analisar com o paciente todos os fatores de não adesão ao tratamento. O item Fatores condicionantes da não adesão, descrito anteriormente, detalha melhor esses fatores e a situação com as quais se relacionam, direcionando as intervenções necessárias. Alguns exemplos mais comuns:

- Esquecimento;
- Falta de informação clara (não entendimento da prescrição);
- Escala de horários complexa;
- Dificuldade para tomar o medicamento;
- Custo ou disponibilidade dos medicamentos;
- Efeitos colaterais incômodos;
- Não acreditar que a doença seja grave e que necessita do uso de medicamentos (não há sintomas);
- Não acreditar no tratamento;
- Não aceitação da doença;
- História de experiência anterior ruim com o medicamento;
- História de pessoa conhecida que teve experiência ruim com o medicamento;
- Medo de ficar viciado/dependente do medicamento;
- Medo de que o medicamento possa fazer mal;
- Esquecimento de quem lhe ministra o medicamento;
- Vergonha (sinal de fraqueza ou fracasso) e temor de julgamentos negativos por outras pessoas.

E.3 - Aplicar a medida de adesão ao tratamento (MAT) através da escala psicométrica de sete itens, estabelecendo o grau de adesão do paciente.

E.4 - Verificar com o paciente os pontos críticos e propor intervenções imediatas possíveis (esclarecer dúvidas sobre a prescrição, a doença, o tratamento, o uso dos medicamentos, as consequências do uso, as reações adversas, os erros de medicação, a adequação de horários, a observância posológica e outras que se fizerem necessárias).

E.5 - Estabelecer pactuação com o paciente no sentido de melhorar a adesão.

- O(a) senhor(a) concorda que precisa melhorar seu tratamento?
- Em que pontos o sr./sra. acha que podemos melhorar ou que precisamos melhorar? Como fazer isso?
- Vamos fazer um acordo para mudar o tratamento?
- Definir os pontos de acordo e prazo de verificação de resultados.

E.6 - Elaborar, de preferência com a equipe de saúde e com o paciente, um plano personalizado de cuidado. Esse plano deve conter as metas da terapia, como percentual de adesão ao tratamento esperado, as intervenções relacionadas aos fatores condicionantes da não adesão, as mudanças no estilo de vida, acordos sobre a utilização de medicamentos e os resultados clínicos esperados em um período determinado. Esse plano de cuidado deve incluir ainda o agendamento para o acompanhamento e encaminhamentos quando necessário.

O farmacêutico e o paciente cooperativamente determinam as metas da terapia, para cada indicação de tratamento medicamentoso. Sinais e sintomas do paciente, assim como valores laboratoriais e experiências terapêuticas prévias devem ser considerados na definição específica da meta acordada com o paciente.

Essas metas devem ser mensuráveis, observáveis, realistas e alcançáveis dentro de um prazo específico e ser baseadas nos parâmetros clínicos descritos nos protocolos/linhas-guias.

E.7 - Os pacientes devem ser acompanhados em função do alcance dos objetivos acordados (as metas da terapia), dos avanços (ou não) alcançados na sua condição de saúde. Quando necessário, o paciente deve ser encaminhado a outras intervenções farmacêuticas ou de outros profissionais de saúde. Agendar o retorno para acompanhamento e encaminhamentos necessários.

E.8 - Registrar o atendimento no prontuário.

E.9 - Registrar todas as informações, inclusive os atendimentos subsequentes e respectivas avaliações na FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO - Ficha 1.

E-10- Compartilhar os dados da avaliação e resultados da intervenção com a equipe de saúde que presta assistência ao paciente.

Medida de adesão ao tratamento (MAT)

Medida psicométrica de adesão aos tratamentos à qual se responde na forma da escala de Likert modificada.

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com o horário de tomar os medicamentos para a sua doença?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por ter se sentido melhor?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	raramente 5	nunca 6

Fonte: DELGADO; LIMA, 2001.

Ficha 1 - Ficha de Acompanhamento da Adesão ao Tratamento

ACOMPANHAMENTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO

1º Atendimento / Atendimento subsequente

Equipe: _____

Paciente: _____ Sexo: F__ M__
 Endereço: _____ Data nasc: ____, ____, ____
 Peso (kg): _____ Altura: _____ m IMC: _____ Peso ideal: _____

1. Diagnóstico

Hipertensão Diabetes Tuberculose Hanseníase Asma Idoso

Outros: _____

2. Medida da adesão ao tratamento (MAT)

Medicamento	Grau de adesão/medicamento	Grau de adesão
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
OBS.:		

3. Fatores condicionantes da não adesão (vide relação anexa)

Fatores	Medicamentos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A - Socioeconômicos										
B - Relacionados à equipe de saúde										
C - Relacionados à doença										
D - Relacionados ao tratamento										
E - Relacionados ao paciente										

4. Plano geral de cuidado e acompanhamento

Pactuação: Sim Não

Metas da terapia pactuadas

1. Meta da adesão: Alcançar ____% de adesão ao tratamento no período de ____ dias.
2. Mudanças no estilo de vida (MEV) _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
3. Utilizações de medicamentos (MED) _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
4. Resultados clínicos esperados _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
5. Prazos acordado para resultados: _____ (dias/meses)

5. Informações ao usuário/cuidador Oral Escrita

Resumo:

6. Agendado novo atendimento

Sim Não

Data: ___/___/___

7. Encaminhamento

Sim Não

Data: ___/___/___

Serviço: _____

8. Acompanhamento

1ª Avaliação – Data: ___/___/___

Metas da terapia alcançadas

1. Meta da adesão: ____% de adesão ao tratamento no período de ____ dias.
2. Mudança no estilo de vida (MEV) _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
3. Utilização de medicamentos: (MED) _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
4. Resultados clínicos esperados _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
5. Prazos acordados para resultados: _____ dias _____ meses

2ª Avaliação – Data: ___/___/___

Metas da terapia alcançadas

1. Meta da adesão: ____% de adesão ao tratamento no período de ____ dias.
2. Mudança no estilo de vida (MEV) ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____
3. Utilização de medicamentos (MED) ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____
- 4 Resultados clínicos esperados ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____
- 5 Prazos acordados para resultados: _____ dias _____ meses

3ª Avaliação – Data: ____/____/____

Metas da terapia alcançadas

1. Meta da adesão: ____% de adesão ao tratamento no período de ____ dias.
2. Mudança no estilo de vida (MEV) ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____
3. Utilização de medicamentos (MED) ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____
4. Resultados clínicos esperados ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____, ____
5. Prazos acordado para resultados: _____ dias _____ meses

9. Agendado novo atendimento

Sim Não

Data: ____/____/____

10. Encaminhamento

Sim Não

Data: ____/____/____

Serviço: _____

11. Outras informações importantes

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Carimbo

Fatores condicionantes da não adesão

A- Fatores socioeconômicos

- A.1 – Situação socioeconômica
- A.2 – Pobreza
- A.3 – Ignorância
- A.4 – Baixo nível educacional
- A.5 – Desemprego
- A.6 – Falta de suporte efetivo de serviços sociais
- A.7 – Condições de vida instáveis
- A.8 – Longas distâncias dos centros de tratamentos
- A.9 – Alto custo dos transportes
- A.10 – Alto custo dos medicamentos
- A.11 – Mudanças de situações ambientais
- A.12 – Cultura e crenças sobre a doença e o tratamento
- A.13 – Disfunções familiares

B- Fatores relacionados à equipe de saúde

- B.1 – Falta de conhecimento sobre a adesão e sobre intervenções eficazes
- B.2 – Falta de instrumentos clínicos para ajudar os profissionais de saúde a avaliar e intervir sobre os problemas de adesão
- B.3 – Comunicação inadequada entre pacientes e profissionais de saúde
- B.4 – Lacunas na provisão de cuidados para as condições crônicas
- B.5 – Falta de instrumentos para ajudar os pacientes no desenvolvimento de comportamentos adaptados a sua saúde ou alterações de comportamento
- B.6 – Serviços de saúde pouco desenvolvidos
- B.7 – Planos de saúde inadequados
- B.8 – Sistema ineficaz de distribuição de medicamentos
- B.9 – Falta de conhecimento e de treinamento dos profissionais de saúde no manejo de doenças crônicas
- B.10 – Excesso de trabalho dos profissionais de saúde
- B.11 – Falta de incentivo e estímulo sobre o desempenho
- B.12 – Tempo escasso para as consultas

- B.13 – Fraca capacidade dos sistemas de educar e monitorar os pacientes
- B.14 – Inabilidade de estabelecer suporte à comunidade
- C- Fatores relacionados à condição da doença
 - C.1 – Gravidade dos sintomas
 - C.2 – Nível de incapacidade (física, psicológica, social ou vocacional)
 - C.3 – Velocidade de progressão e gravidade da doença
 - C.4 – Disponibilidade de tratamentos efetivos
 - C.5 – Comorbidades (depressão, abuso de álcool e outros)
- D- Fatores relacionados ao tratamento
 - D.1 – Complexidade dos regimes de tratamento
 - D.2 – Duração do tratamento
 - D.3 – Falha de tratamentos anteriores
 - D.4 – Alterações frequentes no tratamento
 - D.5 – Efeitos benéficos imediatos
 - D.6 – Eventos adversos
 - D.7 – Disponibilidade de suporte da equipe de saúde para estes fatores
- E- Fatores relacionados ao paciente
 - E.1 – Conhecimento e crenças sobre a doença
 - E.2 – Motivação para o tratamento
 - E.3 – Confiança
 - E.4 – Expectativas sobre os resultados do tratamento
 - E.5 – Tendência ao esquecimento
 - E.6 – Ansiedade sobre possíveis efeitos adversos
 - E.7 – Baixa motivação
 - E.8 – Conhecimento inadequado sobre os sintomas e o tratamento
 - E.9 – Falta de percepção da necessidade do tratamento
 - E.10 – Conceitos negativos sobre a eficácia do tratamento
 - E.11 – Mal entendimento e não aceitação da doença
 - E.12 – Descrença no diagnóstico
 - E.13 – Falta de percepção sobre o risco da doença

E.14 – Falta de entendimento sobre as recomendações do tratamento

E.15 – Não aceitação do monitoramento

E.16 – Frustração com a equipe de saúde

E.17 – Medo de dependência

E.18 – Sentimento de estigmatização da doença

Plano geral de cuidado e acompanhamento

Pactuação

Acordo estabelecido com o paciente sobre:

4.1 Meta da adesão

Alcançar ____% de adesão ao tratamento no período de ____ dias.

4.2 Mudança no estilo de vida (MEV)

1. Praticar atividade física
2. Reduzir consumo de álcool
3. Suspender hábito de fumar
4. Reduzir consumo de café/chá
5. Observar dieta
6. Adotar medidas para prevenção de alérgenos
7. Outros _____

4.3 Utilização de medicamentos (MED)

1. Tomar corretamente
2. Seguir os horários
3. Guardar adequadamente
4. Observar com atenção as reações provocadas pelos medicamentos
5. Não mudar a posologia/doses
6. Evitar uso de outros medicamentos/chás não prescritos
7. Não deixar de avisar à equipe de saúde a ocorrência de efeitos médios/graves provocados pelos medicamentos esperados ou não
8. Usar corretamente os dispositivos e seringas
9. Outros _____

4.4 Resultado clínico esperado (RCE)

1. Controlar a glicose como recomendado
2. Controlar a pressão como recomendado
3. Procurar laboratório para exame do escarro (ver resultado)
4. Diminuição das crises
5. Outros _____

Dispensação especializada

Os farmacêuticos deveriam sair detrás do balcão e começar a servir ao público, provendo cuidado ao invés de apenas pílulas. Não há futuro no simples ato de dispensar. Esta atividade pode e será fornecida pela internet, máquinas e/ou técnicos bem treinados. O fato do farmacêutico ter um treinamento acadêmico e agir como um profissional de saúde coloca uma carga sobre ele para melhor servir a comunidade do que atualmente faz (VAN MIL; SCHULZ; TROMP; 2004 *apud* WIEDENMAYER *et al.*, 2006).

Assumindo o farmacêutico uma diversidade de atribuições na programação local da assistência farmacêutica – parte componente da atenção à saúde com atividades e metas definidas – as atribuições de dispensação deverão ser sempre em caráter especial, por uma necessidade diferenciada do paciente, e as dispensações de rotina serão executadas por pessoal auxiliar, sob treinamento e supervisão do farmacêutico.

A dispensação será especializada enquanto seleção dos pacientes com necessidades especiais e enquanto filosofia e forma de abordagem pelo farmacêutico. Ao contrário do que está repetidamente descrito e é amplamente entendido, propõe-se que a dispensação não seja um momento de orientação, educação, fornecimento de informação, como tradicionalmente se ensina e se pratica.

É um momento de diálogo, de entendimento, em que ouvir será tão ou mais importante do que falar, em que os conhecimentos dos pacientes sobre sua doença e sua forma de tratamento ou controle sejam a base da discussão, em que suas crenças, necessidades e expectativas sejam analisadas e reelaboradas para um

novo entendimento. É um momento dialético e não impositivo e cujo resultado seja um acordo. Não é uma conversa de uma via, como provavelmente o paciente recebeu do médico. É uma novidade, quase uma descoberta, para o paciente e o farmacêutico. Demandará tempo, disponibilidade, recursos. Certamente. Não se esgotará em um encontro.

É um momento de interação importante do farmacêutico com o paciente e de pactuação para o cumprimento do tratamento, com o intuito de alcançar o resultado terapêutico esperado. Este momento tem forte influência na adesão ao tratamento.

Desse modo estaremos falando em algo especial ou especializado.

Esse acordo/entendimento implica responsabilidades. O paciente deverá ser responsabilizado pelo seu tratamento, pelo autocuidado, pelo cumprimento da agenda de metas e avaliações, pelas mudanças de atitudes e comportamentos, por tomar corretamente os medicamentos. O farmacêutico será responsabilizado pela sua postura, sua linguagem adequada e tecnicamente correta, por ser o condutor do processo e conjuntamente pelos resultados, pelas reavaliações e correções necessárias.

O formato da consulta deve ser sintético para não perder sua finalidade e deverá se ater a três aspectos:

- Conhecimento do paciente sobre sua doença;
- Compreensão da receita;
- Uso correto dos medicamentos.

Num quadro geral, a situação poderá ser simulada como: o paciente selecionado acabou de se consultar com o médico, recebeu uma prescrição de medicamentos e será encaminhado para dispensação para ser atendido pelo farmacêutico.

No projeto de reorientação geral da atenção primária à saúde que estamos considerando, espera-se que o paciente tenha tido um atendimento adequado, tenha sido informado pelo médico sobre sua doença e sobre o tratamento prescrito.

O farmacêutico partirá, portanto da informação/entendimento/conhecimento do paciente sobre sua doença/receita/medicamentos e reelabora esse conjunto de dados com o paciente. Um roteiro tentativo está proposto logo adiante, lembrando que a prática semiológica e a atualização do conhecimento técnico aliadas a uma nova postura do farmacêutico irão facilitar a conduta do farmacêutico a cada dia, num aprendizado permanente.

Proposta para desenvolvimento das atividades

Etapas

- A. Seleção dos pacientes: identificar, em conjunto com a equipe de saúde, os usuários que se encontram nas situações descritas abaixo:
- com 1º diagnóstico das doenças selecionadas como prioritárias;
 - com nova prescrição para as doenças selecionadas;
 - com dificuldade de adesão ao tratamento e com nova prescrição;
 - em polifarmácia;
 - com algum problema especial identificado pelo médico e/ou equipe;
 - por solicitação do paciente ou cuidador;
 - com característica especial: deficiente auditivo ou visual, portador de transtorno mental, analfabeto e outros.
- B. Roteiro para a realização da dispensação especializada: devem ser abordados aspectos relativos a:
- B.1- Conhecimento da doença (diálogo: ouvir e falar)
- O médico explicou ao/(à) senhor(a) sobre sua doença?
 - O(A) senhor(a) entendeu todas as explicações?
 - Qual é sua doença? Quando começou?
 - O(A) senhor(a) ainda tem alguma dúvida sobre sua doença?
 - Como o(a) senhor(a) está se sentindo com este diagnóstico?
 - Conhece outras pessoas que têm a mesma doença?

- Qual sua expectativa sobre evolução da doença? Cura? Controle? Melhora?
- Qual sua participação no controle de sua doença? O que o(a) senhor(a) deverá fazer? (tomar corretamente os remédios, fazer dieta, emagrecer, fazer exercício físico, fazer controles laboratoriais, voltar a consulta médica, participar de grupos operativos)
- Verificar a compreensão da necessidade de adequação às novas condições de saúde.

B.2- Avaliação da compreensão da receita (Diálogo sobre a receita)

- O(A) senhor(a) compreendeu o objetivo do tratamento e sua importância para o adequado controle/cura de sua doença?
- O(A) senhor(a) compreendeu bem a receita do médico? Comparar o prescrito com o entendimento do paciente.
- O(A) senhor(a) fez perguntas sobre a receita, sobre os medicamentos? Compreendeu bem? Ainda tem dúvidas? Não fez perguntas? Ficou com vergonha? Não teve oportunidade? Não deu tempo?
- O(A) senhor(a) poderia ler a receita? Podemos ler juntos?
- Mostrar todos os medicamentos: pedir ao paciente que identifique cada um e dizer a forma de uso. Tentar associar o horário de tomar os medicamentos com as atividades do dia a dia.

B.3- Uso correto dos medicamentos prescritos

- Nome, nomes similares, apresentação, outras apresentações disponíveis, embalagens diferentes, formas farmacêuticas diferentes (comprimido, cápsula, drágea, injetável), cuidados nas mudanças de embalagem e apresentação.
- Diferenças entre medicamentos industrializados e manipulados; genéricos e de referência; características, vantagens, desvantagens.
- Dosagem prescrita.

- Uso correto, formas de aplicação (insulina, aerossóis, uso oral, uso tópico, retal, vaginal) tempo de duração do tratamento, uso continuado.
- Uso com alimentos, horários prescritos, horários preferenciais do paciente, ingestão com líquidos, esquecimento de dose, proteção da pele, coloração da pele, da urina.
- Início de ação, ação terapêutica, resultados previstos.
- Reações adversas (verificar conhecimento, discutir), abordar as mais frequentes e graves, desaparecimento ou aumento com o tempo de uso; riscos, cuidados; atitudes a serem tomadas, informar ao farmacêutico, ao médico, ao serviço de saúde.
- Cuidados com os produtos: prazo de validade guarda (luz, umidade, calor), proteção para crianças e outras pessoas, forma de guardar (na embalagem, separação para uso, partição).
- Interações (verificar conhecimento, discutir os riscos, os cuidados; atitudes; informar ao farmacêutico/médico/enfermeira/hospital)
- Toxicologia: superdosagem, manifestações, riscos, atitudes.
- Informação sobre os medicamentos para o paciente: bulas, outras fontes disponíveis, cuidados com as fontes e com as informações.

B.4- Registrar o atendimento no prontuário.

B.5- Registrar todas as informações na FICHA DE REGISTRO – DISPENSAÇÃO ESPECIALIZADA - Ficha 2.

B.6- Agendamento de retorno e encaminhamentos necessários.

Ficha 2 - Registro da Dispensação Especializada

REGISTRO DA DISPENSAÇÃO ESPECIALIZADA			
Paciente: _____			Equipe: _____
Endereço: _____		Sexo: F__ M__	
Peso (kg): _____		Data nasc: __, __, ____	
Altura: _____m		IMC: _____	
		Peso ideal: _____	
1. Motivo da dispensação			
<input type="checkbox"/> 1º diagnóstico <input type="checkbox"/> Nova prescrição <input type="checkbox"/> Dificuldade de adesão/nova prescrição <input type="checkbox"/> Polifarmácia <input type="checkbox"/> Encaminhamento			
<input type="checkbox"/> Característica especial/especificar: _____			
<input type="checkbox"/> outros/especificar: _____			
2. Diagnóstico			
<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Idoso			
<input type="checkbox"/> Outros: _____			
3. Medicamentos dispensados			
Medicamento/forma farmacêutica	Concentração	Posologia	Duração do tratamento
4. Conhecimento da doença			Requer atenção especial?*
Como é o conhecimento do paciente sobre sua doença: conhece o ciclo de sua doença, as possíveis complicações e as estratégias eficazes para prevenir essas complicações?		S	N
Como é a postura do paciente sobre sua condição de saúde? (positiva/negativa)		S	N
Como o paciente reage à necessidade de adequação às novas condições de saúde? (positivamente/negativamente). Está motivado para mudar seus comportamentos e manter estilo de vida saudável?		S	N
O paciente percebe a importância de sua participação no controle de sua doença? Sabe o deverá fazer? (tomar corretamente os remédios, fazer dieta, emagrecer, fazer exercício físico, fazer controles laboratoriais, voltar à consulta médica, participar de grupos)		S	N
O paciente percebe sua responsabilidade no tratamento, compreende os benefícios desse tratamento e se compromete a seguir as orientações?		S	N

5. Compreensão da receita		Requer atenção especial?*	
O paciente compreende os objetivos e a importância do tratamento?	S	N	
O paciente compreendeu a receita?	S	N	
Há interferências culturais, religiosas ou éticas?	S	N	
O paciente mostrou confiança no tratamento proposto?	S	N	
O paciente tem alguma preocupações/medos (ex.: aumento de peso, impotência) com relação aos medicamentos prescritos?	S	N	
6. Experiência anterior do paciente com a medicação		Requer atenção especial?*	
O paciente teve adesão a algum tratamento anterior?	S	N	
O paciente abandonou algum tratamento anterior?	S	N	
O paciente teve manifestação de evento adverso em algum tratamento anterior?	S	N	
Houve interferências, como crenças, palpites em tratamento anterior?	S	N	
7. Entendimento da receita			
Situação atual			
<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Precário <input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Correto			
Situação após a intervenção farmacêutica: (melhorou o entendimento da receita)			
<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Precário <input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Correto			
8. Informações disponibilizadas sobre os medicamentos		<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Escrita
Resumo:			
9. Conduta adotada (motivo e descrição)			
10. Retorno			
<input type="checkbox"/> ___ dias <input type="checkbox"/> 30 dias <input type="checkbox"/> 60 dias <input type="checkbox"/> 90 dias <input type="checkbox"/> Outro/especificar: _____			
11. Encaminhamentos			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Data: ___/___/___	
Atividade: <input type="checkbox"/> Acompanhamento da adesão ao tratamento		<input type="checkbox"/> Conciliação de medicamentos	
<input type="checkbox"/> Visita domiciliar		<input type="checkbox"/> Grupos	
<input type="checkbox"/> Outra: especificar _____		<input type="checkbox"/> Gestão de caso	
Data: ___/___/___	Assinatura _____	Carimbo	

Conciliação de medicamentos

É um procedimento de revisão dos medicamentos usados pelo paciente, com o objetivo de evitar ou minimizar erros de transcrição, omissão, duplicidade de terapia e interações medicamentosas, quando ele muda de nível de assistência à saúde (pontos de transição) e/ou em determinadas situações. (MANNO; HAYES, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 2007; ROSA *et al.*, 2007).

É chamada mudança de nível de assistência ou pontos de transição quando ocorrem as seguintes situações (ROSA *et al.*, 2007):

- Internação em unidade hospitalar;
- Transferência dentro do hospital para outro setor ou clínica, ou para outra unidade hospitalar;
- Alta para casa;
- Atendimento ambulatorial ou domiciliar.

Ainda existem situações em que o paciente não muda de nível de assistência, mas é atendido por vários médicos, que prescrevem diversos medicamentos, sem haver uma conciliação entre eles.

Muitas vezes, nesses casos, é oportuno e necessário que a conciliação seja feita no serviço de assistência farmacêutica onde ocorre a dispensação dos medicamentos prescritos. Dessa forma, propõe-se a realização da conciliação de medicamentos nas seguintes situações:

- Pacientes com dois ou mais diagnósticos, em uso de medicamentos com número igual ou maior que cinco (polifarmácia);
- Pacientes com mudança no extrato de risco da condição de saúde;
- Pacientes referenciados para a atenção especializada;
- Pacientes que receberam alta hospitalar;
- Pacientes egressos dos serviços de urgência.

Outra situação que representa perigo para todos os pacientes, em especial para os idosos, é a automedicação ou indicação de medicamentos por leigos. Muitas vezes os medicamentos utilizados sem prescrição médica podem representar risco para o paciente devido às interações e a própria ação farmacológica do medicamento.

Os pontos de transição, incluindo essas situações são considerados críticos, pois frequentemente ocorre um grande número de erros de medicação devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, como a omissão de dose, doses e posologia diferentes, vias de administração impróprias ou diferentes daquelas inicialmente prescritas, entre outros. A utilização de múltiplos fármacos deve-se principalmente ao acometimento simultâneo de disfunções em diferentes órgãos ou sistemas, à maior gravidade das doenças e à maior frequência de uso dos serviços de saúde (ROZENFELD, 2003).

Barnsteiner (2005) estima que 46 a 56% dos erros de medicação em hospitais ocorrem nesses pontos de transição de pacientes e são considerados eventos adversos preveníveis. Lessard *et al.* (2006), realizaram conciliação de medicamentos utilizados por pacientes idosos (mais de 55 anos) admitidos na unidade de tratamento médico intermediário de um hospital. Foram identificados 20% de discrepâncias nas prescrições, totalizando duas discrepâncias por paciente. Os principais medicamentos envolvidos foram: vitaminas e eletrólitos, agentes cardiovasculares, medicamentos inalatórios, anti-hiperlipemiantes, medicamentos que atuam no sistema nervoso, agentes tireoidianos, dentre outros.

O método de conciliação de medicamentos tem grande impacto na prevenção de eventos adversos relacionados a medicamentos, e é eficiente na redução das discrepâncias encontradas entre as prescrições hospitalares e os medicamentos utilizados em casa, promovendo, assim, a redução dos erros de medicação em cerca de 70% (KETCHUM *et al.*, 2005; INSTITUTE OF MEDICINE, 2007).

A conciliação melhora a qualidade de assistência, reduz gastos e melhora a efetividade do sistema de saúde. (ROSA *et al.*, 2007)

Proposta para desenvolvimento das atividades

O Institute for Healthcare Improvement (IHI, 2005), sugere a conciliação de medicamentos em três etapas:

1. Verificação: consiste na coleta e elaboração da lista de medicamentos que o paciente utiliza;
2. Confirmação: é a etapa que visa assegurar que os medicamentos e dosagens prescritas são apropriadas para o paciente;
3. Conciliação: consiste na identificação das discrepâncias entre os medicamentos prescritos em cada ponto de transição ou em cada situação específica, na documentação das comunicações feitas ao prescritor e na correção das prescrições junto com o médico.

O paciente, a família, os cuidadores, os médicos, os enfermeiros e o prontuário são as principais fontes de informação para a conciliação.

Etapas

- A. Seleção dos usuários: os usuários devem ser identificados pela equipe de saúde nos pontos de transição e/ou situações detalhadas anteriormente. Para isso, deverá ser estabelecido um fluxo de informações entre os vários níveis da assistência, as equipes de saúde da UBS e o responsável pela assistência farmacêutica, utilizando instrumentos padronizados para obtenção de informações dos medicamentos usados pelos pacientes.
- B. Roteiro para a realização da conciliação de medicamentos:
 - B.1- Conferir os dados do paciente e certificar se ele está em fase de transição e pertence ao grupo de risco.
 - B.2- Entrevistar o paciente/família/cuidador e obter informação sobre todos os medicamentos que está utilizando (alopáticos, fitoterápicos (ervas, chás e outros) e produtos dietéticos.
 - B.3- Solicitar ao paciente/família/cuidador que traga todas as caixas de medicamentos ou informações dos medicamentos (alopáticos, fitoterápicos, homeopáticos e produtos dietéticos) que estão sendo utilizados.
 - B.4- Anotar os medicamentos prescritos que o paciente está utilizando registrados no prontuário.
 - B.5- Elaborar a lista completa dos medicamentos que o paciente está usando incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração.

B.6- Completar a FICHA DE REGISTRO DE CONCILIAÇÃO DOS MEDICAMENTOS – LISTA DE MEDICAMENTOS DO PACIENTE - FICHA 3 – com todos os dados sobre o histórico farmacológico do paciente.

B.7- Verificar minuciosamente todas as discrepâncias observadas na ficha de conciliação (duplicidades, interações, posologia de difícil seguimento, erros de prescrição e outras situações que possam prejudicar o paciente).

B.8- Fazer proposta de conciliação (se for o caso) e discuti-la com o médico e responsável pelo paciente.

B.9- Obtido o consenso sobre a conciliação, preencher a FICHA DE REGISTRO DA CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO PACIENTE – FICHA 4.

B.10- Elaborar lista única para o paciente, que será usada durante a mudança no nível de assistência ou da situação do paciente – RELAÇÃO CONCILIADA DE MEDICAMENTOS – FICHA 5 – VIA DO PACIENTE.

B.11- Entrevistar o paciente informando-o sobre sua lista conciliada de medicamentos, procurando convencê-lo e obter sua cooperação para o seguimento do tratamento e solicitar que apresente a lista única conciliada sempre que for atendido.

B.12- A lista conciliada deve ser atualizada sempre que o paciente mudar de nível de assistência e/ou se encontrar em uma das situações detalhadas acima.

B.13- Elaborar, de preferência com a equipe de saúde e com o paciente, um plano personalizado de cuidado. Esse plano deve conter as metas terapêuticas, podendo incluir os resultados clínicos esperados em um período determinado e o agendamento para o acompanhamento e encaminhamentos, quando necessário. O farmacêutico e o paciente cooperativamente determinam as metas da terapia, para cada indicação de tratamento medicamentoso. Sinais e sintomas do paciente, assim como valores laboratoriais e experiências terapêuticas prévias devem ser considerados na definição específica da meta acordada com o paciente. Essas metas devem ser mensuráveis, observáveis, realistas e alcançáveis dentro de

um prazo específico, e devem ser baseadas nos parâmetros clínicos descritos nos protocolos/linhas-guias.

B.14 – Os pacientes devem ser acompanhados em função do alcance dos objetivos acordados (as metas da terapia), dos avanços (ou não) alcançados na sua condição de saúde. Quando necessário, o paciente deve ser encaminhado a outras intervenções farmacêuticas ou de outros profissionais de saúde. Agendar o retorno para acompanhamento e encaminhamentos necessários.

B.15 - Registrar o atendimento no prontuário, inclusive as medidas adotadas, os atendimentos subsequentes e respectivas avaliações.

B.16- Compartilhar os dados da avaliação e os resultados da conciliação de medicamentos com a equipe de saúde que presta assistência ao paciente.

É fundamental que a implantação da conciliação de medicamentos envolva toda a equipe de saúde e os vários níveis de assistência, além da inclusão do tema conciliação de medicamentos na educação permanente da equipe multiprofissional para o aprimoramento da ação.

Ficha 3 - Registro de Conciliação de Medicamentos Lista de Medicamentos do Paciente

REGISTRO DE CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS LISTA DE MEDICAMENTOS DO PACIENTE						
<input type="checkbox"/> 1º Atendimento / <input type="checkbox"/> Atendimento subsequente						
Paciente: _____					Equipe: _____	
Endereço: _____					Sexo: F__ M__	
Peso (kg): _____					Data nasc: __, __, ____	
Altura: _____ m		IMC: _____		Peso ideal: _____		
1. Diagnóstico						
<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Outros: _____						
2. Reações adversas a medicamentos/alimentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Alergias a medicamentos/alimentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Medicamento		Descrição da reação/alergia				
3. Lista de medicamentos (incluindo medicamentos prescritos e não prescritos, suplementos alimentares, fitoterápicos e homeopáticos)						
Data	Medicamento/ forma farmacêutica	Dose	Via de adminis- tração	Frequência	Última dose Data / hora	Continua
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
.../.../...					.../.../...	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
4. Fontes de informação para a elaboração da lista de medicamentos						
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos do paciente <input type="checkbox"/> Prescrição médica <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Relato do paciente / da família <input type="checkbox"/> Outra fonte: especificar: _____						
Data __/__/__		Assinatura _____			Carimbo	

Ficha 4 - Registro de Conciliação de Medicamentos

REGISTRO DE CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS CONCILIAÇÃO	
Paciente: _____	Equipe: _____
Endereço: _____	Sexo: F__ M__
Peso (kg): _____	Data nasc: __, __, __
Altura: _____m	IMC: _____
	Peso Ideal: _____
1. Diagnóstico	
<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Outros: _____	
2. Reações adversas a medicamentos/alimentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3. Alergias a medicamentos/alimentos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Medicamento	Descrição da reação/alergia
4. Informação da lista de medicamentos (marcar todos que se apliquem)	
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos do paciente <input type="checkbox"/> Prescrição médica <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Relato do paciente / da família <input type="checkbox"/> Outros: Especificar: _____	
5. Situação que gerou a necessidade de conciliação de medicamentos	
<input type="checkbox"/> Polifarmácia <input type="checkbox"/> Mudança no extrato de risco da condição de saúde <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Referenciado para a atenção especializada <input type="checkbox"/> Automedicação <input type="checkbox"/> Egresso do serviço de urgência <input type="checkbox"/> Outros: Especificar: _____	

Ficha 5 - Via do Paciente Relação Conciliada de Medicamentos

RELAÇÃO CONCILIADA DE MEDICAMENTOS			
			Equipe: _____
Paciente: _____			Sexo: F__ M__
Endereço: _____	Data nasc: __. __. __		
Peso (kg): _____	Altura: _____m	IMC: _____	Peso Ideal: _____
1. Equipe de saúde			
Médico de referência: _____			
Farmacêutico: _____			
Enfermeiro: _____			
Telefone da UBS: () _____ - _____			
2. Diagnóstico			
<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Idoso			
<input type="checkbox"/> Outros: _____			
3. Alergias a medicamentos/alimentos _____			

4. Situação que gerou a necessidade de conciliação de medicamentos			
<input type="checkbox"/> Polifarmácia		<input type="checkbox"/> Mudança no extrato de risco da condição de saúde	
<input type="checkbox"/> Alta hospitalar		<input type="checkbox"/> Referenciado para a atenção especializada	
<input type="checkbox"/> Automedicação		<input type="checkbox"/> Egresso do serviço de urgência	
<input type="checkbox"/> Outros: Especificar: _____			

5. Relação conciliada de medicamentos

Medicamento (comercial e genérico) e produtos sem prescrição médica	Prescritor	Dosagem/ forma farmacêutica	Quantas vezes ao dia? Durante quanto tempo deve-se utilizar os medicamentos?	Quais líquidos e alimentos podem ser ingeridos junto com o medicamento? Outras instruções.
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				

6. Plano geral de cuidado e acompanhamento

6.1 Pactuação: Sim Não

Metas da terapia pactuadas

1. Meta da adesão: Alcançar ____% de adesão ao tratamento no período de ____ dias.
2. Mudanças no estilo de vida (MEV) _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
3. Utilizações de medicamentos (MED) _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
4. Resultados clínicos esperados _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
5. Prazos acordado para resultados _____ (dias/meses)

6.2 Informações fornecidas ao usuário/cuidador Oral Escrita
Resumo

6.3 Agendado novo atendimento

Sim Não

Data: ____/____/____

6.4 Encaminhamento

Sim Não

Data: ____/____/____

Serviço _____

6.5 Acompanhamento

1ª avaliação – Data: ____/____/____

Metas da terapia alcançadas

1. Meta da adesão: ____% de adesão ao tratamento no período de ____ dias.
2. Mudança no estilo de vida (MEV) _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
3. Utilização de medicamentos (MED) _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
4. Resultados clínicos esperados _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____, _____
5. Prazos acordado para resultados: _____ dias _____ meses

2ª avaliação – Data: ____/____/____

Gestão de caso

A gestão de caso é uma das tecnologias da Gestão da Clínica. Como conceito, a gestão de caso:

[...] é um processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar (MENDES, 2009, p. 655).

É o monitoramento de pessoas portadoras de condições muito complexas, acompanhando o seu tratamento, em função de verificação de resultados, supondo-se já analisada a adesão ao tratamento.

É uma ação com estreita vinculação com outros membros da equipe de saúde, muitas vezes com funções delegadas pelo gestor de caso e verificações e avaliações a ele relatadas.

É necessário estabelecer em conjunto com a equipe de saúde e com a participação do usuário, um plano individualizado do cuidado, em função de suas necessidades, com metas de cumprimento de resultados esperados do tratamento e avaliação programada em consultas agendadas ou visitas domiciliares.

Proposta para desenvolvimento das atividades

Etapas:

- A. Seleção dos usuários: os pacientes a ser acompanhados são selecionados a partir dos dados de adesão, ou por outros critérios, como grau de risco. Um ou mais dos fatores seguintes podem servir de base para a seleção dos pacientes:
 - paciente que apresentam condições crônicas muito complexas, como as portadoras de comorbidades;
 - paciente tem demonstrado não adesão ao tratamento por mais de três meses;
 - paciente com resposta inadequada à terapêutica, já analisada a adesão ao tratamento;

- pacientes que apresentam graves problemas familiares ou econômico-sociais, interferindo com o tratamento;
 - idosos frágeis;
 - pacientes com readmissões hospitalares sucessivas para a mesma patologia;
 - portadoras de distúrbio mental grave;
 - pessoas com algum problema especial de uso dos medicamentos identificado pelo médico e/ou equipe;
 - por solicitação do paciente/usuário ou cuidador.
- B. Identificação do problema do paciente: deve ser feita em conjunto com a equipe de saúde e buscar o máximo de informações sobre a pessoa, utilizar as informações do prontuário do paciente, entrevistas com a equipe de saúde, a própria pessoa e/ou fontes secundárias como a família, responsáveis pela atenção domiciliar ou cuidadores. As condições de vida, ligadas ao ambiente familiar devem ser analisadas.
- C. Elaboração do plano de cuidado: para definir a melhor maneira de alcançar os objetivos terapêuticos propostos. Deve ser elaborado pela equipe de saúde; é fundamental a participação do usuário e/ou de sua família. Deve contemplar aspectos relacionados a:
- Necessidades e demandas da pessoa.
 - A prioridade das necessidades e dos objetivos.
 - As propostas de intervenção e seu detalhamento.
 - Distribuição das ações e divisão das responsabilidades entre a equipe de saúde.
 - Necessidade da participação de outros profissionais ou serviços.
 - Onde o cuidado será prestado.

Esse plano deve conter as metas terapêuticas, podendo incluir os resultados clínicos esperados em um período determinado, além do agendamento para o acompanhamento e encaminhamentos, quando necessário.

O farmacêutico e o paciente determinam cooperativamente as metas da terapia, para cada indicação de tratamento

medicamentoso. Sinais e sintomas do paciente, assim como valores laboratoriais e experiências terapêuticas prévias devem ser considerados na definição específica da meta acordada com o paciente. Essas metas devem ser mensuráveis, observáveis, realistas e alcançáveis dentro de um prazo específico, e devem ser baseadas nos parâmetros clínicos descritos nos protocolos/linhas guias.

- D. Registro dos dados, de forma objetiva permitindo a avaliação das intervenções propostas e das intercorrências observadas. Registrar o atendimento no prontuário, inclusive as medidas adotadas, os atendimentos subsequentes e respectivas avaliações.
- E. O monitoramento do plano de cuidado: O plano de cuidado deve ser monitorado constantemente para verificar se seus objetivos estão sendo cumpridos e para determinar reajustes das intervenções, quando for o caso. Os pacientes devem ser acompanhados em função do alcance dos objetivos acordados (as metas da terapia), dos avanços (ou não) alcançados na sua condição de saúde. Quando necessário, o paciente deve ser encaminhado a outras intervenções farmacêuticas ou de outros profissionais de saúde.
- F. Compartilhar os dados da avaliação e resultados com a equipe de saúde que presta assistência ao paciente.
- G. Agendar o retorno para acompanhamento e encaminhamentos necessários.

Os instrumentos de registro devem ser elaborados e padronizados em conjunto com a equipe, uma vez que esse é um procedimento não restrito apenas à ação do farmacêutico, mas centrados na gestão do cuidado pela equipe multiprofissional.

Atendimento farmacêutico à demanda espontânea

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde do Estado de Minas Gerais, com o objetivo de organizar as formas de acesso do usuário nas unidades de atenção primária à saúde, propõe didaticamente para o planejamento da atenção à saúde, a classificação da atenção em:

- Atenção à demanda espontânea;
- Atenção programada.

Especificamente em relação à assistência farmacêutica, na atenção à demanda espontânea, situações que não se caracterizam como urgência ou emergência, os usuários deverão ter a situação/queixa avaliada pelo profissional que, dependendo da sua necessidade e também da disponibilidade do serviço, poderá:

- Atendê-lo de imediato,
- Agendar uma consulta,
- Encaminhá-lo para outro ponto de atenção

O atendimento farmacêutico à demanda espontânea é o atendimento a ser prestado pelo farmacêutico a pacientes que espontaneamente procurem a UBS com necessidade de esclarecimentos relativos a medicamentos. Tem a finalidade de orientação, educação e avaliação.

Poderá ser caracterizado por um pedido de informação simples, como “posso tomar este comprimido com leite? Esqueci uma dose, o que faço?” ou apresentar um caráter mais complexo, como “não estou compreendendo a receita”; ou “o tratamento não está dando certo”.

O atendimento farmacêutico por demanda espontânea parte de uma queixa principal e poderá ser iniciado por uma anamnese farmacêutica.

O acolhimento e a abordagem são momentos de fundamental importância para facilitar o entrosamento e vínculo do profissional com o usuário, possibilitando ao mesmo, a liberdade e segurança de explicitar suas dúvidas e necessidades. Haverá necessidade de treinamento prévio dos farmacêuticos para a atividade e da definição de ambiente físico adequado.

Proposta para desenvolvimento das atividades

Etapas

- A. Agendar o atendimento.
- B. Identificar a demanda e/ou queixa principal do usuário.

- C. Dependendo da demanda do usuário, deverá ser feita a anamnese farmacêutica e/ou a avaliação da experiência do paciente com a sua condição de saúde/medicamentos, detalhada no anexo da Ficha 6.
- D. Orientar o usuário, fazendo os esclarecimentos necessários.
- E. Conforme o caso, agendar o retorno do usuário.
- F. Registrar o atendimento no prontuário.
- G. Registrar todas as informações na FICHA DE REGISTRO – ATENDIMENTO FARMACÊUTICO – Ficha 6.
- H. Nos casos mais complexos que necessitam de retorno, registrar todas as informações na FICHA DE REGISTRO – ATENDIMENTO FARMACÊUTICO SUBSEQUENTE – Ficha 7.
- I. Caso necessário, fazer os encaminhamentos a outras ações de assistência farmacêutica e/ou a outros membros da equipe de saúde.

Entretanto, em qualquer situação o farmacêutico deve aproveitar o momento e discutir com o paciente sobre todos os aspectos de seu tratamento sempre perguntando se existe outra dúvida ou outro problema.

Ficha 6 - Registro do Atendimento Farmacêutico à Demanda Espontânea - 1º Atendimento

REGISTRO DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO

1º Atendimento

Equipe: _____

Paciente: _____ Sexo: F__ M__

Endereço: _____ Data nasc: __, __, __

Peso (kg): _____ Altura: _____ m IMC: _____ Peso ideal: _____

1. Queixa principal

2. Diagnóstico

Hipertensão Diabetes Tuberculose Hanseníase Asma Idoso

Outros: _____

3. História farmacológica

Medicamento /forma farmacêutica/ dose	Início tratamento	Café		Almoço		Lanche		Jantar		h.d*	S/N	<i>Posologia</i> Prescrita
		A*	D*	A	D	A	D	A	D			
										-		

Alergias: Sim Não Qual? _____

Uso de: Tabaco: Sim Não Álcool: Sim Não Café: Sim Não

Experiência do paciente com a condição de saúde/medicamentos (quadro anexo)

Encaminhado por

Médico Enfermeiro Agente comunitário Demanda espontânea Dentista
 Outro Qual? _____

4. Encaminhamentos Sim Não

Data: ___/___/___

Atividade:

 Acompanhamento da adesão ao tratamento Visita domiciliar Gestão de caso Grupos Dispensação especializada Conciliação de medicamentos Outra: especificar _____**5. Conduta adotada (motivo e descrição)****6. Retorno** ___ dias 30 dias 60 dias 90 dias Outro/especificar: _____Data
___/___/___Assinatura

Carimbo

* A= antes

D= depois

h.d= hora determinada

Anexo da Ficha 06**Experiência do paciente com a condição de saúde/medicamentos****Requer atenção especial?****1. Conhecimento da doença:**

Como é o conhecimento do paciente sobre sua doença, conhece o ciclo de sua doença, as possíveis complicações e as estratégias eficazes para prevenir estas complicações?	S	N
Como é a postura do paciente sobre sua condição de saúde? (positiva/negativa)	S	N
Como o paciente reage à necessidade de adequação às novas condições de saúde? (positivamente/negativamente). Está motivado para mudar seus comportamentos e manter estilos de vida saudáveis?	S	N
O paciente percebe a importância de sua participação no controle de sua doença? Sabe o deverá fazer? (tomar corretamente os remédios, fazer dieta, emagrecer, fazer exercício físico, fazer controles laboratoriais, voltar a consulta médica, participar de grupos)	S	N
O paciente percebe sua responsabilidade no tratamento, compreende os benefícios deste tratamento e se compromete a seguir as orientações?	S	N

2. Compreensão da receita:

O paciente compreende os objetivos e importância do tratamento?	S	N
O paciente compreendeu a receita?	S	N
Há interferências culturais, religiosas ou éticas?	S	N
O paciente mostrou confiança no tratamento proposto?	S	N
O paciente tem alguma preocupações/medos (ex; aumento de peso, impotência) com relação aos medicamentos prescritos?	S	N

3. Experiência anterior do paciente com a medicação:**Requer atenção especial?***

O paciente teve adesão a algum tratamento anterior?	S	N
O paciente abandonou algum tratamento anterior?	S	N
O paciente teve manifestação de evento adverso em algum tratamento anterior?	S	N
Houve interferências, como crenças, palpites em tratamento anterior?	S	N

Adaptado de Cipolle, Strand & Morley (2004)

Ficha 7 - Registro do Atendimento Farmacêutico à Demanda Espontânea

Sistematização do atendimento farmacêutico -
Atendimento subsequente

REGISTRO DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO Atendimento Subsequente

Equipe: _____

Paciente: _____ Sexo: F__ M__

Endereço: _____ Data nasc: __, __, __

Peso (kg): _____ Altura: _____ m IMC: _____ Peso ideal: _____

1. Queixa principal

2. Diagnóstico

Hipertensão Diabetes Tuberculose Hanseníase Asma Idoso

Outros: _____

3. História farmacológica:

Medicamento /forma farmacêutica/ dose	Início tratamento	Café		Almoço		Lanche		Jantar		h.d*	S/N	<i>Posologia Prescrita</i>
		A*	D*	A	D	A	D	A	D			

Alergias: Sim Não Qual? _____

Uso de: Tabaco: Sim Não Alcool Sim Não Café Sim Não

Experiência do paciente com a doença/medicamentos (quadro anexo)

Encaminhado por

Médico Enfermeiro Agente comunitário Demanda espontânea Dentista

outro qual? _____

4. Avaliação em relação ao atendimento anterior

5. Encaminhamentos

Sim Não

Data: ___/___/___

Atividade

Acompanhamento da adesão ao tratamento

Visita domiciliar

Gestão de caso

Grupos

Dispensação especializada

Conciliação de medicamentos

Outra: especificar

6. Conduta adotada (motivo e descrição)

Data

___/___/___

Assinatura

Carimbo

* A= antes

D= depois

h.d= hora determinada

Grupos operativo-educativos/ abordagens em grupos

As organizações formais ou informais, baseadas na comunidade, têm dado contribuições importantes para melhores resultados sobre a saúde e sobre o comportamento dos pacientes; além disso, são capazes de melhorar a adesão a tratamento de condições crônicas (WHO, 2003).

[...] são instrumentais metodológicos eficazes capazes de viabilizar, por meio do vínculo entre os participantes e, desses com a estrutura institucional, a compreensão das situações de vida, saúde e doença, sendo incorporados aspectos importantes que fundamentarão certos comportamentos para a promoção da saúde. (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2008, p. 2).

Bons exemplos de programas de sucesso baseados na comunidade são os grupos de adesão ao tratamento e os grupos de pacientes com mesmos problemas. Há evidência substancial de que o apoio de grupos de pacientes pode melhorar a adesão ao tratamento. Esses programas possibilitam:

- a educação para a saúde, discussão e esclarecimentos sobre a doença e seu tratamento;
- a ampliação da consciência sobre a doença e a necessidade do cuidado;
- a troca de experiências para auxiliar o paciente a lidar com a doença e seus tratamentos;
- a aprendizagem mútua;
- a promoção da transformação da atitude perante o processo saúde-doença e adaptações do estilo de vida à condição de saúde;
- a responsabilização dos pacientes pelos seus próprios cuidados.

Os grupos de adesão ao tratamento tem caráter informativo, reflexivo e de suporte, e sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemáticas individuais e/ou grupais que estejam dificultando a adesão ao tratamento (BRASIL, 2007).

A participação do farmacêutico nos grupos existentes na área da unidade, trazendo informações sobre medicamentos,

respondendo a dúvidas e questões sobre os tratamentos, poderá contribuir para a melhoria da adesão e dos resultados terapêuticos. Tem ainda a função de integração na equipe e com os pacientes.

A dinâmica de cada encontro deverá ser definida a partir das necessidades identificadas pelos pacientes nos grupos, mantendo-se o foco no objetivo, por exemplo, a adesão ao tratamento. Deve possibilitar o surgimento de intervenções individuais que propiciem a reflexão coletiva e o aprendizado mútuo através da troca de experiências.

É necessário criar um ambiente seguro e confiável, observando as expectativas do grupo, a comunicação não verbal, estimular a coesão grupal e manter claros os objetivos do grupo.

A intervenção em grupo não é tarefa simples, pois exige definição clara de objetivos, planejamento, preparação dos encontros e atuação competente na facilitação da atividade, tendo em vista os objetivos delineados. O coordenador do grupo tem um papel fundamental na sua condução.

Proposta para desenvolvimento das atividades

Etapas

- A. Participar dos grupos de pacientes já estabelecidos na unidade de saúde, trazendo informações sobre medicamentos e esclarecendo as dúvidas e questões apresentadas durante as reuniões.
- B. Criar novos grupos conforme as necessidades verificadas, por exemplo, grupos de adesão ao tratamento, a partir da realização das demais ações assistenciais.
- C. Planejar a ação, contemplando os aspectos relativos à/ao:
 - identificação das necessidades da comunidade, considerando a pertinência, a magnitude do problema, a viabilidade técnica e a capacidade de estimular a participação;
 - definição do objetivo do grupo;
 - público participante;
 - preparo e integração dos profissionais facilitadores,
 - frequência dos encontros;

- tamanho do grupo;
 - local de trabalho;
 - metodologia;
 - material didático;
 - data, os horários préestabelecidos de início e término, a periodicidade e a frequência.
- D. Avaliar a intervenção, considerando aspectos como a aceitação e participação dos usuários nos grupos, recursos didáticos adequados, coordenação, integração da equipe, local de trabalho, datas e horários. O profissional deve estar atento a possíveis críticas e sugestões implícitas durante o desenvolvimento das atividades e utilizá-las para possíveis adequações no planejamento das ações.

Os instrumentos de registro devem ser elaborados e padronizados em conjunto com a equipe, uma vez que esse é um procedimento não apenas restrito à ação do farmacêutico, mas também centrado na gestão do cuidado pela equipe multiprofissional. Deve contemplar todas as informações pertinentes à assistência farmacêutica.

Visitas domiciliares

A visita domiciliar é um instrumento de realização da assistência domiciliar, constituído pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde (LOPES, 2003).

É um meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida do paciente, favorecendo o estabelecimento de vínculos com ele e a compreensão de aspectos importantes da rotina dos usuários que podem interferir no cumprimento do plano de cuidado.

Considerando-se que nas equipes locais de saúde existem programações de visitas domiciliares pelos agentes de saúde, pelas enfermeiras e pelas assistentes sociais, é absolutamente importante definir os objetivos e as oportunidades para uma visita farmacêutica, para que não haver duplicidade de ações e desperdício de tempo/recursos.

Em princípio a visita domiciliar farmacêutica só será plenamente justificada se o paciente estiver acamado e/ou impossibilitado por dificuldade física de comparecer à unidade de saúde. Deve estar claro que a finalidade da visita domiciliar pelo farmacêutico é a prestação da assistência farmacêutica a um paciente especial, assistência esta referida a uma das atividades descritas neste livro, ou seja: adesão, conciliação, dispensação especializada, gestão de caso ou ainda um estudo de um problema relacionado à medicação. Se for verificado por um membro da equipe que o paciente apresenta uma necessidade especial ou revisão de uma conduta ou plano dentro de uma destas atividades, o farmacêutico poderá ser acionado.

Proposta para desenvolvimento das atividades

Aspectos gerais

A visita domiciliar deverá ser planejada e compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes da visita e continuam após o ato de visitar o paciente no domicílio. Sua execução pressupõe o uso das técnicas de abordagem, entrevista e de observação sistematizada.

É fundamental que o profissional obtenha o consentimento familiar para a visita domiciliar, que se apresente e informe com clareza o objetivo da visita, devendo limitar-se a buscar conhecer o que de fato é importante para obtenção dos elementos necessários à análise da situação.

A relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença.

Etapas

- A. Seleção dos usuários: após discussão dos casos, os pacientes a ser visitados são selecionados conforme a prioridade definida pela equipe de saúde.
- B. Reunir todos os dados sobre o paciente ou a família que irá visitar, utilizando as informações do prontuário e discutindo com a equipe de saúde.

- C. Avaliar a necessidade de mobilizar outros profissionais da equipe de saúde.
- D. Ter claro(s) o(s) objetivo(s) da visita, considerando as possíveis intercorrências.
- E. Elaborar o plano de visita, definindo os dados essenciais e as atividades a ser desenvolvidas.
- F. Agendamento da visita, considerando o tempo disponível, o horário de preferência designado pela família e a rotina estabelecida.
- G. Fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere. Inclui apresentação à família, com identificação do nome e função do profissional, além da explicação dos objetivos da visita.
- H. Fornecer as orientações pertinentes ao usuário, a família e/ou responsáveis, com enfoque no autocuidado, observando a repercussão da necessidade de cuidado na vida familiar.
- I. Avaliação da visita (aspectos objetivos e subjetivos): fazer um resumo das principais orientações e esclarecimento de dúvidas e informações para planejamento do acompanhamento do usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe de saúde e a família.
- J. Ao retornar do atendimento, o profissional deve:
 - Registrar o atendimento no prontuário, sistematizando os relatos orais, as observações, encaminhamentos e conclusões;
 - Dar a equipe o retorno sobre o atendimento e sua avaliação;
 - Agendar acompanhamento e/ou encaminhamentos, quando for o caso.

Os instrumentos de registro devem ser elaborados e padronizados em conjunto com a equipe, uma vez que esse é um procedimento não estrito apenas à ação do farmacêutico, mas centrados na gestão do cuidado pela equipe de saúde. Deve contemplar todas as informações pertinentes à assistência farmacêutica.



Planejamento e Programação Local da Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica é uma atividade clínica, um componente da atenção à saúde e, portanto faz parte do conjunto de ações da equipe de saúde. No Plano Diretor da Atenção Primária da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, todas essas ações são programadas pelas equipes municipais/locais com critérios e metodologia definidos. A assistência farmacêutica deve também ser programada segundo os mesmos parâmetros, o que permite o seu acompanhamento e avaliação de resultados.

A programação é a segunda etapa do Planejamento Local em saúde. Tem como objetivo principal a melhoria do atendimento prestado à população de um determinado território, focando a pessoa do usuário, a sua família e a sua comunidade. Pode ser compreendida como a definição de um conjunto de ações de saúde necessárias para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e resolução de problemas de saúde identificados em um determinado território. Deve ser precedida por um diagnóstico local e operacionalizada através da organização dos serviços prestados pela equipe de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2008, p. 28).

A pré-definidos Assistência Farmacêutica como um componente da atenção à saúde está vinculada necessariamente ao planejamento da atenção primária à saúde e ao planejamento local da unidade. Tem sua identidade, com objetivos e metas específicos, mas a integração com a equipe de saúde deve aumentar sua vinculação ao planejamento geral.

Para a elaboração da programação local, o farmacêutico deve participar da elaboração do diagnóstico de saúde da área de

responsabilidade da equipe da UBS; analisar a Planilha de Programação Local da Atenção Primária, verificando as suas metas e resultados esperados em cada ciclo de vida, patologia ou condição de saúde e identificar as prioridades da Assistência Farmacêutica na programação da atenção primária à saúde.

Para a plena realização das atividades propostas, o ideal seria que cada equipe de PSF contasse com um farmacêutico, o que sabemos ser impossível frente à atual realidade e disponibilidade de recursos.

Em função do número e da complexidade das ações a ser desenvolvidas, dos grupos prioritários, do planejamento e programação dessas ações e sua capacidade potencial, propõe-se que o farmacêutico se responsabilize por duas equipes de saúde, no máximo possibilitando o enriquecimento do trabalho multiprofissional e impactando positivamente na qualidade da atenção à saúde. Sendo necessário considerar a proximidade em termos geográficos das ESF, de preferência alocadas na mesma unidade de saúde ou em unidades de saúde próximas de forma a otimizar a carga horária do farmacêutico. Considerar ainda a possibilidade de iniciar a implantação em unidades de saúde com a atenção primária mais consolidada ou com experiências exitosas.

A programação da assistência farmacêutica, nos moldes da programação da atenção primária à saúde, deve ter como base a população adscrita, os parâmetros estabelecidos com base nos dados do diagnóstico e cadastramento das famílias residentes no território e a cobertura populacional pretendida, considerando a capacidade potencial do profissional.

O instrumento de programação é a Planilha de Programação Local da Assistência Farmacêutica, que estabelece:

- Os resultados esperados;
- As atividades mínimas para alcançar estes resultados;
- Os parâmetros para realização das atividades, visando a garantia da qualidade das ações;
- As responsabilidades dos farmacêuticos;
- O público-alvo a ser beneficiado;

- O quantitativo de atividades a serem executadas;
- As metas progressivas a ser alcançadas;
- O prazo de cumprimento dessas metas;
- O monitoramento.

O farmacêutico deve fazer a Planilha de Programação Local da Assistência Farmacêutica, seguindo inicialmente os mesmos passos da programação da atenção primária, ou seja, o cadastro e classificação familiar e a situação de saúde, a partir dos dados da Planilha de Programação da Atenção Primária à Saúde elaborada pela equipe.

As informações referentes à população-alvo a ser beneficiada deve ser extraída da Programação Local da Atenção Primária, e estar referida e quantificada por condição ou patologia e estratificação por grau de risco.

A Programação da Assistência Farmacêutica deverá contemplar as ações assistenciais (atenção programada), o atendimento à demanda espontânea, as ações técnico-gerenciais e a educação permanente.

A programação das ações assistenciais, com a definição das principais ações a ser programadas para acompanhamento da população-alvo, deve considerar a realidade local, as necessidades específicas de cada grupo prioritário de usuários e a relevância da intervenção para a melhoria das condições de saúde. Por exemplo, estudos mostram que os resultados da falta de adesão são a primeira causa na redução dos benefícios clínicos dos tratamentos, principalmente em relação às doenças crônicas, portanto ações, como o acompanhamento da adesão aos tratamentos para os hipertensos e diabéticos, são intervenções que devem ser consideradas na programação da assistência farmacêutica. Da mesma forma, devem ser incluídas na programação as visitas domiciliares pelo farmacêutico em portadores de doenças crônicas acamados, a dispensação especializada para crianças com asma moderada e grave.

Os parâmetros inicialmente propostos foram baseados na literatura e devem ser ajustados à realidade local, durante o processo de operacionalização da programação da Assistência Farmacêutica.

As metas se referem à população que se quer beneficiar com as ações de assistência farmacêutica, com a qualidade definida nos parâmetros das atividades e dentro de um prazo estabelecido. É sempre numérica e pode ser progressiva até a cobertura total da população. Normalmente o prazo para cumprimento da meta é anual, mas poderá ser estabelecido um período diferente se for necessário.

O monitoramento consiste no trabalho de seguimento periódico dos objetivos e metas predefinidos na programação, com vistas ao aprimoramento da eficiência, efetividade e da qualidade dos serviços prestados. Permite o acompanhamento do desenvolvimento das ações e avaliação dos resultados. Permite ainda a revisão e adequação dos critérios da programação à realidade local, como as prioridades, os parâmetros, as ações assistências por grupos prioritários, a distribuição da capacidade operacional do farmacêutico e as metas pactuadas.

O consolidado é a somatória de todos os procedimentos realizados no atendimento aos usuários dos vários ciclos de vida e com as várias condições e patologias. Permite a análise do atendimento com relação ao tempo reservado para a atenção programada, para a atenção à demanda espontânea, para as atividades de educação permanente e para as atividades técnico-gerenciais.

A planilha de Programação Local da Assistência Farmacêutica (anexa) constitui um simulado de programação considerando um profissional farmacêutico para duas equipes do Programa Saúde da Família e a programação das atividades prioritariamente para os usuários portadores de:

- Hipertensão de médio, alto e muito alto risco;
- Diabetes:
 - usuários de insulina;
 - não usuários de insulina sem hipertensão
 - não usuários de insulina com hipertensão
- Tuberculose
- Hanseníase
- Idosos de alto risco/ idoso frágil:
 - idosos acima de 80 anos

- idosos com mais de 60 anos apresentando polipatologias (5 ou mais diagnósticos), polifarmácia (5 ou mais drogas/dia), imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, internações frequentes ou pós-alta, dependentes nas atividades básicas diárias, insuficiência familiar.
- Asma moderada e grave (crianças menores de 5 anos).

É fundamental que toda a equipe compreenda o significado e os objetivos da programação da assistência farmacêutica, participe da definição de prioridades e contribua para a realização das atividades e alcance das metas propostas.



Monitoramento e Avaliação

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde. Tem o objetivo de identificar os impactos positivos de uma intervenção, dar suporte a tomada de decisões, subsidiar a detecção de problemas, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias e fornecer informações para a reorientação de ações e serviços desenvolvidos (BRASIL, 2005).

O monitoramento e a avaliação, como componentes do processo de planejamento, possibilitam a análise da qualidade e do impacto das ações em relação ao planejado, assim como a identificação de pontos críticos e fragilidades da estratégia, subsidiando a elaboração de planos de ação com vistas à melhoria.

Um dos desafios de um processo de avaliação é apontar impactos positivos de ações ou programas específicos na melhoria das condições de saúde de uma população.

O desenho das avaliações deve ser precedido por amplas discussões que definam bem os objetivos e situações desejadas, e aquelas que possam configurar-se como linhas de base e parâmetros para análises subsequentes. Os momentos de seleção, validação e interpretação de indicadores de avaliação (e seus resultados) devem ser conduzidos com a participação ativa de todos os envolvidos, demonstrando que são ferramentas valorizadas realmente para balizar o cotidiano dos serviços (SANTOS, 2007, p. 4).

A avaliação deve captar evidências de melhoria da qualidade da assistência farmacêutica aos usuários da atenção primária em saúde, com foco nos agravos prioritários.

A avaliação pode ter várias abordagens, uma delas voltada para o grau de implantação do programa, o que permite conhecer as transformações no processo de trabalho e os fatores que influenciam a operacionalização de uma intervenção, contribuindo para a identificação de obstáculos e dos fatores dificultadores, e facilitadores, que possam potencialmente ser gerenciados visando o alcance das metas desejadas.

Outra abordagem, voltada para o acompanhamento da possível mudança de desfechos clínicos dos casos selecionados, procura captar evidências de associação positiva entre a oferta das ações e os resultados clínicos considerados adequados, ou seja, mudanças em indivíduos ou populações que possam ser atribuídas à assistência realizada.

Apesar da escassez de estudos econômicos nos serviços de saúde, a avaliação econômica, visando estimar a economia de custos dos cuidados de saúde resultantes de intervenções farmacêuticas é de fundamental importância.

Estudos recentes têm demonstrado o impacto econômico favorável das intervenções farmacêuticas nos custos dos sistemas de saúde. Estes estudos evidenciam a redução dos gastos com consultas médicas, atendimentos da equipe de saúde, serviços laboratoriais, atendimentos de emergência e internações hospitalares evitadas (ISETTS, 2008; RAMALHO DE OLIVEIRA, 2010).

Indicadores

Indicadores de processo

No modelo apresentado, encontram-se detalhados na Planilha de Programação da Assistência Farmacêutica, os indicadores relacionados mais especificamente com o processo da assistência ao usuário, possibilitando o monitoramento de rotina das ações com base em metas préestabelecidas e pactuadas, e visando detectar mudanças relevantes no andamento das ações, agilidade nas adequações necessárias e melhores resultados. Esse conjunto de indicadores deve ser definido de acordo com as ações assistenciais propostas, as prioridades estabelecidas e o respectivo público-alvo.

Os indicadores propostos na Planilha de Programação são os seguintes:

Criança

- porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento das crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave com adesão insuficiente
- porcentagem de dispensações especializadas para primeira consulta/casos novos de crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave
- porcentagem de conciliação de medicamentos em crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave em pontos de transição da assistência
- porcentagem de gestão de caso em crianças selecionadas a partir de dados de adesão ou outros critérios

Adulto - hipertensão

- porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de hipertensos de médio risco com adesão ao tratamento insuficiente
- porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de hipertensos de alto e muito alto risco com adesão ao tratamento insuficiente
- porcentagem de dispensações especializadas para primeira consulta/casos novos de hipertensos de médio risco
- porcentagem de dispensações especializadas para primeira consulta/casos novos de hipertensos de alto e muito alto risco
- porcentagem de conciliações de medicamentos dos hipertensos de médio risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica
- porcentagem de conciliações de medicamentos dos hipertensos de alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica
- porcentagem de gestão de caso em hipertensos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios

- porcentagem de grupos para os hipertensos de médio risco
- porcentagem de grupos para hipertensos de alto e muito alto risco
- porcentagem de visitas domiciliares para hipertensos de médio, alto e muito alto risco acamados

Adulto – diabetes

- porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de diabéticos usuários de insulina com adesão insuficiente
- porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão com adesão insuficiente
- porcentagem de dispensações especializadas para diabéticos usuários de insulina de primeira consulta/casos novos
- porcentagem de dispensações especializadas para diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão de primeira consulta/casos novos
- porcentagem de conciliações de medicamentos em diabéticos usuários de insulina em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica
- porcentagem de conciliações de medicamentos em diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica
- porcentagem de gestão de caso em diabéticos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios
- porcentagem de abordagens em grupos para diabéticos usuários de insulina
- porcentagem de abordagens em grupos para diabético não usuários de insulina sem hipertensão
- porcentagem de visitas domiciliares para diabéticos usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão acamados

Adulto – tuberculose

- porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento dos usuários com tuberculose com adesão insuficiente

- porcentagem de dispensações especializadas para os usuários com tuberculose de primeira consulta/casos novos

Adulto – hanseníase

- porcentagem de acompanhamento da adesão ao tratamento dos usuários com hanseníase com adesão insuficiente
- porcentagem de dispensações especializadas para os usuários com hanseníase de primeira consulta/casos novos

Idoso

- porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento dos idosos de alto risco/idoso frágil com adesão insuficiente
- porcentagem de dispensações especializadas para os idosos que passaram para o grupo de idosos de alto risco/idoso frágil
- porcentagem de conciliações de medicamentos em idosos de alto risco/idoso frágil em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica
- porcentagem de gestão de caso em idosos de alto risco/idoso frágil selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios
- porcentagem de visita domiciliar do farmacêutico para idosos de alto risco/idoso frágil acamados

Indicadores de resultado

A assistência farmacêutica vinculada à atenção primária e com ações centradas nas necessidades dos usuários, participando da gestão colaborativa do cuidado, poderá interferir favoravelmente na efetividade ou impacto das ações de atenção primária e consequentemente na diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, especialmente para as condições crônicas que representam as principais causas de internações evitáveis.

Um dos indicadores mais potentes para medir a qualidade da atenção primária à saúde é o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial, um indicador de morbidade hospitalar. Esse indicador capta aquelas condições que são internadas desnecessariamente ou que poderiam ser evitadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade (SILVA; MENDES, 2004, p. 26).

Dessa forma, o indicador “Redução das internações por causas sensíveis a atenção primária à saúde”, apesar de não ser específico, deverá fazer parte do conjunto de indicadores da assistência farmacêutica. Em um nível de detalhamento maior e em consonância com as prioridades definidas, podem-se ainda incluir os seguintes indicadores:

- Taxa de internações por complicações da hipertensão arterial;
- Taxa de internações por complicações do diabetes;
- Taxa de internações por asma;
- Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva.

Alguns indicadores propostos também são indicadores comuns às ações de qualificação da atenção primária à saúde, nos quais a assistência farmacêutica tem uma influência direta, podendo impactar positivamente, tais como:

- Taxa de cura de tuberculose;
- Taxa de abandono do tratamento de tuberculose;
- Taxa de cura de hanseníase;
- Taxa de abandono do tratamento de hanseníase.

Indicadores específicos da assistência farmacêutica, com foco nos agravos prioritários deverão fazer parte desse conjunto de indicadores. Deverão ser realizados estudos para o estabelecimento de uma relação causal entre intervenção e efeito, ou seja, estudos que permitam o acompanhamento de possíveis mudanças de desfechos clínicos (controle da pressão arterial, controle da glicemia), de casos selecionados, a partir de uma linha de base. Esses estudos poderiam abordar aspectos relativos a:

- Variação do grau de adesão ao tratamento das principais condições crônicas após implantação do projeto, a partir de uma linha de base.
- Variação do grau de adesão ao tratamento e/ou resultado clínico após a intervenção farmacêutica para o acompanhamento da adesão.
- Relação entre as dispensações especializadas e a variação do grau de adesão ao tratamento e/ou resultado clínico.
- Relação entre as dispensações especializadas e o grau de adesão ao tratamento e/ou resultado clínico.

- Relação entre as visitas domiciliares e o grau de adesão ao tratamento e/ou resultado clínico.
- Relação entre a abordagem em grupos e a variação do grau de adesão ao tratamento e/ou resultado clínico esperado.
- Relação entre a conciliação de medicamentos e a variação do grau de adesão ao tratamento e/ou resultado clínico.

Ao longo da implantação desse modelo, o conjunto de indicadores selecionados deverá ser avaliado, considerando a validade, a viabilidade e a relevância. Caso necessário, deverá ser adequado, e/ou outros indicadores deverão ser incluídos, visando o aprimoramento do processo de avaliação.

Bibliografia

ARTIGAS, G. D. M. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras. Hipertens.* São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-50, jan.-mar. 2006.

ASPDEN, Philip (Ed.) *et al. Committee on identifying and preventing medication errors: preventing medication errors.* Washington: National Academies Press, 2007. (Quality Chasm Series)

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. *Rev. Bras. Hipertens.* São Paulo, v. 13, n. 1, p. 35-38, jan.-mar. 2006.

BARNSTEINER, J. Medication reconciliation. *AJN Online.* Mar 2005. Disponível em: [<http://www.nursingcenter.com>]. Acesso em: 28 de jan. 2006.

BERGER B. A. *Communication Skills for Pharmacists: building relationships, improving patient care.* 3rd ed. American Pharmacists Association-Washington, 2009.

BINCKERHOFF, J. C. A. What You Need to Know About the Medicare Prescription Drug. *Act. Fam Pract Manag.* v. 12, n. 3, p. 49-52, 2005.

BLUML, B. M. Definition of Medication Therapy Management: development of profession wide consensus. *J Am Pharm Assoc.*, v. 45, n. 5, p. 566-572, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de Adesão ao Tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids.* Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Manuais n. 84)

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids.* Brasília, 2007.

- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 4)
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prograb: Programação de gestão por resultados / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação. Brasília, 2005.
- CARACIOLO, J. M. de M; SHIMMA, E. *Adesão da teoria à prática Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo*. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, 2007. 289 p.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY P. C. *Pharmaceutical Care Practice: the clinician's guide*. 2nd. McGraw-Hill. 2004. 394 p.
- CIPOLLE R. J.: Drugs Don't Have Doses – People Have Doses! A clinical educator's philosophy. *Drug Intell Clin Pharm*. v. 20, p. 881-882, 1986.
- COMITÉ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharm*. v. 48, n. 1, p. 5-17, 2007.
- CURRIE, J. D.; Chrischilles, E. A.; Kuehk AK; *et al*. Effect of training program on community pharmacists' detection of an intervention in drug-related problems. *J Am Pharm Assoc*. n.37, p.182-191, 1997.
- DÁDER, M. J. F.; HERNÁNDEZ, D. S., CASTRO, M. M. S. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. 3. ed. Granada: S. C. And. Granada, 2007.
- DALE, B. C. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in the US. *The Annals of Pharmacotherapy*, v. 40, n. 7, p. 1400-1406, 2006.
- DAVANZO, J. *et al*. Medication therapy management services: a critical review. *J Am Pharm Assoc.*, v. 45, n. 5, p. 580-587, 2005.
- DAVIS, K. *et al.*: A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *K Gen Intern Med*. v. 20, n. 10, p. 953-957, 2005
- DELGADO, A. D.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia Saúde & Doenças*. Lisboa. v. 2, n. 2, p. 81-100, nov. 2001.
- FARRIS, K. B. *et al*. Population-based medication reviews: a descriptive analysis of the medication issues identified in a medicare not-for-profit prescription discount program. *Ann. Pharmacother*. v. 38, n. 11, p. 1823-1829, nov. 2004.

- GABARRÓ, M. B. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp.*, v. 1, p. 97-106, 1999.
- GUSMÃO, J. L.; MION JR. D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.
- HAHN, Kathryn L. *The "Top 10" Drug Errors and How to Prevent Them*. American Pharmacists Association, 2007.
- HANSEN, R. A., *et al.* Medication Therapy Management Services in North Carolina Community Pharmacies: current practice patterns and projected demand. *J Am Pharm Assoc.*, v. 46, n. 6, p. 700-6, nov-dec. 2006.
- HAYNES, R. B. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. v. 1. 2001.
- HAYNES, R. B., ACKLOO E, SAHOTA, N.; MCDONALD, H. P.; YAO X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 3, Art. No. CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT'S. Disponível em: <http://www.ihl.org>. Acesso em: 26 mar. 2007.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Preventing medication errors*. Washington: National Academies Press. 2007.
- ISETTTS, B. J. *et al.* Clinical and Economic Outcomes of Medication Therapy Management Services: the Minnesota experience. *J Am Pharm Assoc.* v. 48, p. 203-211, 2008
- JONES, R. M.; ROSPOND RM. *Patient Assessment in Pharmacy Practice*. 2nd ed. Wolters Kluwer. 2009.
- KETCHUM, K.; GRASS, C. A.; PADWOJSKI A. Medication reconciliation: verifying medication orders and clarifying discrepancies should be standard practice. *AJN*. v. 105, n. 1, p. 78-85, 2005.
- KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy of the Institute of Medicine, 1999.
- LEAPE, L. L. *et al.* The nature of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N. Engl. J. Med.* Boston, v. 324, n. 6, p. 377-384, 1991.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 8, n. 3, 2003.
- LESSARD S.; DEYOUNG J.; VAZZANA N. Medication discrepancies affecting senior patients at hospital admission. *Am. J. Health Syst Pharm*, v. 63, p. 740-743, 2006.

- LOPES, J. M. C., et al. *Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2009
- LORIG, Kate; et al. *Living a healthy life with chronic conditions*. 2 nd. Bull Publishing, 1994.
- MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 0183, 2008. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos>. Acesso em: 23 out. 2009.
- MANNO, M. S.; HAYES, D. D. Best-Practice interventions: how medication reconciliation saves lives. *Nursing Online*. Disponível em: <<http://www.nursing2006.com>>. Acesso em: 28 mar. 2007.
- MCGIVNEY, MS, et al. Medication Therapy Management: its relationship to patient counseling, disease management, an pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc.*, v. 47, n. 5, p. 620-628, 2007.
- MEDICARE (Austrália). Disponível em: <<http://www.medicareaustralia.gov.au>>. Acesso em: 28 nov. 2009.
- MEDICARE (USA). Disponível em: <<http://www.medicare.gov>>. Acesso em: 28 nov. 2009.
- MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.
- MENDES, E. V. *Nota técnica*. n. 1. 2007
- MENDES, E. V. *SUS, mudar para avançar*. No prelo.
- NATHAN, Alan; et al. Brown bag medication reviews as a means of optimizing patients use of medication and of identifying potential clinical problems. *Family Practice*, v. 16, n. 3, p. 278-282, 1999.
- O'CONNOR, P. J. Improving medication adherence: challenges for physicians, payers, and policy makers. *Arch Intern Med*. v. 166, n. 17, p.1802-1804, 2006
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo*. Pruebas para la acción. Washington: OMS; 2004. 199 p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Medication Therapy Management in Community Pharmacy Practice: Core Elements of an MTM Service*. 2005.
- OTERO, M. J. et al. Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un servicio de urgencias. *Rev. Clin. Esp.*, Madrid, v. 199, n. 12, p. 20-29, 1999.
- OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*. v. 13, n. 1, p. 30-34, 2006.
- OLIVEIRA, K. L.; ACACIA, A., SANTOS, A.; OLIVEIRA, Z. E. Estudio de las propiedades psicométricas de una escala de actitudes de lectura para universitarios. *Paradigma*, v. 28, n. 2, p. 165-180, 2007

- PAIVA, V. (Org.); TEIXEIRA, P. R. (Org.); SHIMMA, E. (Org.). *Tá difícil de engolir?* Experiência de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS, 2000. 148 p.
- PHARMACY IN THE FUTURE – *implementing the NHS Plan*. A programme for pharmacy in the National Health Service. London: Department of Health; 2000.
- PHILLIPS, D. P.; CHRISTENFELD, N.; GLYNN, L. M. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet*. London, v. 351, n. 9103, p. 643-644, 1998.
- QUALITY ASSURANCE PROJECT (QAP) Center for Human Services, Bethesda, USA, Disponível em: <<http://www.qaproject.org>>. Acesso em: 6 de dez. 2008.
- RAMALHO DE OLIVEIRA, D. *et al.* Medication Therapy Management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm*. v. 16, n. 3, p. 185-195, 2010.
- RANTUCCI, M. J. *Guia de consejo del farmacéutico al paciente*. Barcelona: Masson, 1998. 281p.
- ROSA, M. B.; MIRANDA, H. M.; ANACLETO, T. A. Erros de medicação e conciliação de medicamentos em idosos In: NOVAES, M. R. C. G. (Org.). *Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional*. Brasília: Editora Thesaurus, 2007. p. 221-238.
- ROVERS, J. P., Currie JD. *A Practical Guide to Pharmaceutical Care: a clinical sills primer*. 3rd. American Pharmacists Association-Washington. 2007. 259 p.
- ROZENFELD, S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad. Saúde Pública*. v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.
- SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, aug. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25 jul. 2008.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde: Oficina 4 – Programação Local e Municipal/Guia do Tutor/Facilitador*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
- SHAPIRO, KB. New Opportunities in Medication Therapy Management. *Medscape Pharmacists*. v. 16. may. 2007. Disponível em: <<http://cme.medscape.com/viewarticle/556492>>. Acesso em: 17 mai. 2009.
- SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E.V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica a regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.
- SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. v. 9, n. 16, p. 91-104, set./fev., 2005.

STRAND, L. *Entrevista ao jornal do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais*. Disponível em: <www.feifar.org.br/noticia.php?id=200>. Acesso em: 13 set. 2009

SOUZA, WA *et al.* Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension. *Am J Health Syst Pharm*. v. 64, sep. 2007.

SOUZA, WA *et al.* Intensive Monitoring of Adherence to Treatment Helps to Identify “True” Resistant Hypertension. *J Clin Hypertens*. v. 11; n. 4, p. 183-191, apr. 2009.

WIEDENMAYER, K.; SUMMERS, R.S.; MACKIE, A *et al.* *Developing pharmacy practice: a focus on patient care*. Geneva, World Health Organization. 2006. 87 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Selection and Rational Use of Medicines*. Geneva, Disponível em: [[http:// www.who.int](http://www.who.int)] Acesso em 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. 2003. World Health Organization. Geneva, Switzerland.

Fundação Ezequiel Dias

Rua Conde Pereira Carneiro nº 80

Gameleira

CEP 30510-010

Belo Horizonte - MG

www.funed.mg.gov.br

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO À SAÚDE

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - 1 FARMACÊUTICO PARA 2 ESF

VERSÃO 2/2010

MUNICÍPIO:

UAPS:

(CLIQUE EM UMA DAS CÉLULAS ABAIXO PARA NAVEGAR NA PLANILHA)

TUTORIAL

MENU

1. **Cadastro e classificação familiar**

2. **Situação de saúde**

3. **Programação criança**

4. **Programação adulto**

5. **Programação idoso**

6. **Ações gerais**

7. **Consolidado / Agenda semanal**

8. **Monitoramento**

ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DA PLANILHA (INSTRUMENTO SOB VALIDAÇÃO)

Em todas as planilhas a barra de fórmulas permanecerá oculta; se considerar necessária a exibição clicar em Exibir - Barra de fórmulas

Os cabeçalhos estão congelados para facilitar a visualização.

Algumas células foram bloqueadas por se tratar de fórmulas já fixadas para cálculo de incidência ou prevalência e de programação.

As células de fundo lílas são aquelas não bloqueadas. Devem ser preenchidas com os dados de diagnóstico e programação.

Alguns cálculos não poderão ser realizados pela ausência de informação. Portanto, a célula aparecerá vazia ou com os dizeres "#DIV/0!".

A planilha está configurada para arredondar os valores. Por isso, em algumas situações (como a programação da hanseníase) o número de usuários pode ser "0" enquanto o número de atividades correspondentes é igual a "1".

Planilha: Cadastro

Registrar o número de pessoas cadastradas, por sexo e por faixa etária.

O número total de pessoas por faixa etária e a porcentagem da população total, assim como o número de usuários por sexo e o número total de usuários serão calculados automaticamente.

Para o quadro "Famílias - Classificação segundo o risco social (BGE)"; registrar o número total de famílias da área de responsabilidade cadastradas; os outros dados serão calculados automaticamente.

Para o quadro "Famílias - Classificação segundo o risco social e clínico (SES/MG)"; registrar o número de famílias e o número de pessoas correspondentes por grau de risco; o cálculo do total de famílias por grau de risco e da densidade domiciliar serão feitos automaticamente.

Planilha: Situação de saúde

Esta planilha contém os dados relativos às patologias ou condições prioritárias, com os parâmetros para incidência/prevalência ou para as principais ações de saúde, por ciclo de vida.

O cálculo da população-alvo estimada será feito automaticamente.

Registrar o número de usuários da população-alvo atendida assim como o número de procedimentos das principais ações de saúde realizadas.

Fazer a análise comparativa entre a população-alvo estimada e aquela atendida.

Planilhas: Programação da Atenção a CRIANÇA, ADULTO e IDOSO

As planilhas apresentam os principais resultados a ser alcançados na saúde da criança, do adolescente, do adulto, da gestante e do idoso, assim como as atividades mínimas que devem ser realizadas para o alcance dos resultados e os parâmetros para realização dessas atividades.

Em cada uma das planilhas, as atividades são descritas e indicados parâmetros mínimos para a sua realização.

A "META PROGRAMADA" corresponde à cobertura da população-alvo que se pretende atingir no prazo estabelecido. Esse valor numérico deve ser definido pela equipe, ser no mínimo igual à cobertura já realizada e lançado neste campo específico (%). O cálculo do novo número de usuários beneficiados e das atividades a ser realizadas a ser realizadas é feito automaticamente.

Planilha: Consolidação

A planilha CONSOLIDADO apresenta o somatório de todos os procedimentos realizados no atendimento aos usuários dos vários ciclos de vida e com as várias condições e patologias. Permite a análise do atendimento em relação ao tempo reservado para a atenção programada, para a atenção à demanda espontânea, para as atividades de educação permanente e para as atividades administrativas.

No campo "PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO" a equipe deve definir a duração do atendimento-padrão (que corresponde a um atendimento farmacêutico, a ser realizado por profissional. No caso do profissional farmacêutico, sugere-se a padronização de 20 minutos por atendimento, ou seja, 3 atendimentos por hora. Deve ser lançada em minutos a duração desse atendimento-padrão. A planilha fará o cálculo do número de atendimentos por hora trabalhada e a carga horária diária.

A CAPACIDADE POTENCIAL DE ATENDIMENTO, por dia, semana, mês e ano, é calculada com base na carga horária diária, em horas, do profissional/por equipe. Para o cálculo da capacidade potencial de atendimento anual, consideram-se 11 meses de trabalho, deixando 1 mês para férias.

Responsável por 2 ESF e com uma carga horária de 8 horas/dia, o farmacêutico terá um tempo disponível de 4 horas/dia para cada equipe. Com essa carga horária, é possível a realização de uma média de 12 atendimentos/dia, contemplando apenas as ações assistenciais e não considerando que algumas dessas ações demandam um tempo maior.

A partir da definição da duração em minutos de cada uma das atividades programadas, identificar a sua correspondência com o atendimento-padrão, permitindo o somatório do atendimento programado.

<p>O campo CONSOLIDADO DO ATENDIMENTO será preenchido automaticamente, fazendo o somatório do número total de atividades por ciclo de vida e condição ou patologia programadas nas planilhas anteriores</p>	<p>O total de atividades será convertido em total de atendimentos, a partir da correspondência definida. O último valor total de atendimentos, por ano e por profissional, será desdobrado em total de atendimentos por mês, semana e dia.</p>	<p>O campo ANÁLISE DO ATENDIMENTO indicará inicialmente o número de atendimentos diários, com o tempo total necessário para o atendimento programado e para o atendimento à demanda espontânea.</p>	<p>No campo ATENDIMENTO SEMANAL, definir o tempo, em horas, a ser dedicado à educação permanente e às atividades administrativas por semana. Os demais cálculos serão feitos automaticamente: o número de horas semanais correspondente ao atendimento programado e, por subtração, o número de horas semanais restante para a atenção à demanda espontânea. É calculado o percentual correspondente a cada uma das ocupações dentro do total de horas disponíveis por semana para cada um dos profissionais.</p>	<p>Fazer a análise final do atendimento, comparando o tempo dedicado à atenção programada, ao atendimento da demanda espontânea, à educação permanente e às atividades administrativas.</p>	<p>Como parâmetro de equilíbrio para a agenda dos profissionais, deve-se garantir que 50 a 60% do tempo sejam dedicados à atenção programada e 40 a 50% ao atendimento da demanda espontânea, à educação permanente e às atividades administrativas.</p>						
<p>Planilha: Monitoramento</p>											
<p>Esta planilha apresenta a proposta de monitoramento de alguns dos principais indicadores pactuados.</p>											
<p>O principal objetivo é que a equipe de saúde possa incorporar a prática do monitoramento constante de seus processos e seus resultados.</p>											
<p>Uma vez que a cultura do monitoramento esteja estabelecida, a equipe poderá propor e incluir outros indicadores, em consonância com suas prioridades e pactuações.</p>											

CADASTRO FAMILIAR

	FAIXA ETÁRIA - ANOS	FEMININO	MASCULINO	TOTAL	%	
CRIANÇA	< 1 mês	1	1	2	0,06	
	1 a 11 meses	20	22	42	1,28	
	1 a 4 anos	99	96	195	5,95	
	5 a 9 anos	138	132	270	8,24	
	Subtotal crianças	258	251	509	15,54	
ADOLESCENTE	10 a 14 anos	134	102	236	7,20	
	15 a 19 anos	169	165	334	10,20	
		303	267	570	17,40	
	Subtotal adolescentes					
ADULTO	20 a 24 anos	185	158	343	10,47	
	25 a 29 anos	156	132	288	8,79	
	30 a 34 anos	150	127	277	8,46	
	35 a 39 anos	134	105	239	7,30	
	40 a 44 anos	114	96	210	6,41	
	45 a 49 anos	110	94	204	6,23	
	50 a 54 anos	81	65	146	4,46	
	55 a 59 anos	73	60	133	4,06	
		Subtotal adultos	1003	837	1840	56,17
	IDOSO	60 a 64 anos	67	50	117	3,57
65 a 69 anos		43	38	81	2,47	
70 a 74 anos		31	31	62	1,89	
75 a 79 anos		22	19	41	1,25	
≥ 80 anos		33	23	56	1,71	
	Subtotal idosos	196	161	357	10,90	
	TOTAL	1.760	1.516	3.276	100	

CLASSIFICAÇÃO FAMILIAR**CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O RISCO SOCIAL (IBGE)**

	TOTAL	RISCO (30%)	NÃO RISCO (70%)
Número de famílias cadastradas		0	0
Número de indivíduos cadastrados	3.276	983	2293
Densidade familiar média			

CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O RISCO SOCIAL E CLÍNICO (SES/MG)

	SEM RISCO	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO	TOTAL
Número de famílias cadastradas					0
Número de indivíduos cadastrados					0
Densidade familiar média					

SITUAÇÃO DE SAÚDE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS

MENU

PÚBLICO / AÇÃO DE SAÚDE	PARÂMETRO	POP. ALVO ESTIMADA	POP. ALVO ATENDIDA	COBERTURA DE ATENDIMENTO
1. CRIANÇA				
(para abrir os tópicos, clique no sinal + no lado esquerdo da tela)				
Crianças < 1 ano, com risco do grupo I (ver linha guia Atenção à Saúde da Criança)	10% das crianças < 1 ano podem ser consideradas com algum dos fatores de risco do grupo I e devem ser acompanhadas	10,0%	4	0%
Crianças < 1 ano, com risco do grupo II (ver linha guia Atenção à Saúde da Criança)	20% das crianças < 1 ano podem ser consideradas com algum dos fatores de risco do grupo II e devem ser acompanhadas	20,0%	9	0%
Crianças 1-5 anos, com risco do grupo I (ver linha guia Atenção à Saúde da Criança)	10% das crianças 1-5 anos podem ser consideradas com algum dos fatores de risco do grupo I e devem ser acompanhadas	10,0%	20	0%
Crianças 1-5 anos, com risco do grupo II (ver linha guia Atenção à Saúde da Criança)	20% das crianças 1-5 anos podem ser consideradas com algum dos fatores de risco do grupo II e devem ser acompanhadas	20,0%	39	0%
2. ADOLESCENTE				
Gravidez na adolescência	21,72% do total de gestantes	21,72%	11	0%
Sobrepeso e obesidade	40% dos adolescentes (30% de sobrepeso e 10% de obesidade)	40,0%	228	0%
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas	12% dos adolescentes	12,0%	68	0%
Abuso ou uso prejudicial de substâncias lícitas ou ilícitas	3% dos adolescentes que fazem uso de substâncias	3,0%	2	0%

SITUAÇÃO DE SAÚDE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS

MENU

PÚBLICO / AÇÃO DE SAÚDE	PARÂMETRO	POP. ALVO ESTIMADA	POP. ALVO ATENDIDA	COBERTURA DE ATENDIMENTO
3. HIPERTENSÃO (inclui adulto e idoso)				
Total de hipertensos	20% da população adulta e idosa	439		0%
Baixo risco	40% dos hipertensos	176		0%
Médio risco	35% dos hipertensos	154		0%
Alto e muito alto risco	25% dos hipertensos	110		0%
4. DIABETE (inclui adulto e idoso)				
Total de diabéticos	8% da população adulta e idosa	176		0%
Sem tratamento medicamentoso	20% dos diabéticos	35		0%
Não usuário de insulina sem hipertensão	30% dos diabéticos	53		0%
Não usuário de insulina com hipertensão	35% dos diabéticos	62		0%
Usuário de insulina	15% dos diabéticos	26		0%
5. TUBERCULOSE (toda a população)				
Sintomático respiratório	1% da população geral	33		0%
Usuário com tuberculose pulmonar bacilífera	4% dos sintomáticos respiratórios	1		0%
Contatos de bacilíferos	4 pessoas / usuário com TB	4		0%

SITUAÇÃO DE SAÚDE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS

MENU

PÚBLICO / AÇÃO DE SAÚDE	PARÂMETRO	POP. ALVO ESTIMADA	POP. ALVO ATENDIDA	COBERTURA DE ATENDIMENTO
6. HANSENÍASE (toda a população)				
Sintomático dermatológico	2,5% da população	82		0%
Usuários com suspeição de hanseníase	10% dos sintomáticos dermatológicos	8		0%
Usuários com hanseníase	1,54/10.000 habitantes (corresponde a 0,015% da população)	0		0%
Surtos reacionais	30% dos usuários com hanseníase	0,1		0%
Contatos	4 contatos por usuário com hanseníase	2		0%
7. HIV/AIDS				
Soropositividade	0,6% da população 15 a 49 anos	11		0%
8. SAÚDE MENTAL (inclui adulto e idoso)				
Transtornos mentais	22% da população adulta e idosa	483		0%
Uso de substâncias lícitas ou ilícitas	12% da população adulta e idosa	264		0%
Uso prejudicial ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas	6% dos que usam substâncias	16		0%
Patologias	10% da população adulta e idosa	220		0%
Patologias graves	3% dos usuários com patologia	7		0%

SITUAÇÃO DE SAÚDE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS

MENU

PÚBLICO / AÇÃO DE SAÚDE	PARÂMETRO	POP. ALVO ESTIMADA	POP. ALVO ATENDIDA	COBERTURA DE ATENDIMENTO
9. CÂNCER DA MULHER				
Coleta de exame papanicolau a cada 3 anos	33% das mulheres de 25 a 59 anos realizam coleta a cada 3 anos	273		0%
Exame clínico das mamas	100% das mulheres de 40 a 49 anos realizam exame clínico anualmente	224		0%
Exame clínico das mamas positivo	17% das mulheres de 40 a 49 anos	38		0%
Realização de mamografia	100% das mulheres de 40 a 49 anos com exame clínico de mama positivo realizam mamografia	38		0%
	50% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos realizam mamografia a cada 2 anos	132		0%
10. GESTANTE				
Gestante	Nº total de gestantes do ano anterior (número de DNV) + 10%	48		0%
Gestantes de risco habitual e de alto risco que podem ser acompanhadas na UAPS	85% das gestantes	41		0%
Gestantes de alto risco que devem ser encaminhadas ao Serviço de Referência	15% das gestantes	7		0%
11. IDOSO				
Acompanhamento dos idosos de risco habitual	80% dos idosos de 60 a 79 anos são considerados de risco habitual	241		0%
	100% dos idosos ≥ 80 anos são considerados de alto risco	56		0%
Acompanhamento dos idosos de alto risco ou idoso frágil	20% dos idosos de 60 a 79 anos são considerados de alto risco	60		0%

ATIVIDADE		META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO

Assistência Farmacêutica a crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave

Acompanhar a adesão ao tratamento das crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave com adesão insuficiente identificadas	<p>Meta: 100% das crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave, com adesão insuficiente identificadas</p> <p>Parâmetro: 25% do total de crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave</p> <p>- 4 atendimentos farmacêuticos /ano (10% das crianças menores de 5 anos têm asma; delas 20% têm asma moderada/grave, pode-se calcular diretamente: 2% das crianças menores de 5 anos têm asma moderada/grave)</p>	Farmacêutico	<p>crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave com adesão insuficiente</p> <p>1</p>	<p>5</p> <p>Acompanhamento da adesão ao tratamento</p>	1 ano
Dispensar os medicamentos para as crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave de primeira consulta/casos novos	<p>Meta: 100% das crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave de primeira consulta</p> <p>Parâmetro: 20% das crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave são casos novos</p> <p>- Verificar casos novos para confirmar o parâmetro</p> <p>1 atendimento farmacêutico</p>	Farmacêutico	<p>crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave de casos novos - 1ª consulta</p> <p>1</p>	<p>1</p> <p>Dispensação especializada</p>	1 ano
Realizar a conciliação de medicamentos em crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave em pontos de transição da assistência	<p>Meta: 100% das crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave em pontos de transição da assistência e/ou situação específica para conciliação de medicamentos</p> <p>Parâmetro: 10% do total de crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave</p> <p>- 2 atendimentos farmacêuticos /ano</p>	Farmacêutico	<p>crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave em pontos de transição da assistência e/ou situação específica para conciliação de medicamentos</p> <p>1</p>	<p>2</p> <p>Conciliação de medicamentos</p>	1 ano
Fazer a gestão de caso em crianças selecionadas a partir de dados de adesão ou outros critérios	<p>Meta: 100% das crianças selecionadas a partir de dados de adesão ou outros critérios</p> <p>Parâmetro: 10% do total de crianças portadoras de asma moderada/grave com adesão insuficiente identificadas</p> <p>- 6 atendimentos farmacêuticos /ano</p>	Farmacêutico	<p>crianças selecionadas a partir de dados de adesão ou outros critérios</p> <p>1</p>	<p>6</p> <p>Gestão de caso</p>	1 ano

DESCRIÇÃO	ATIVIDADE		META PROGRAMADA		
	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES

Assistência Farmacêutica aos hipertensos de médio, alto e muito alto risco

Acompanhar a adesão ao tratamento dos hipertensos de médio, alto e muito alto risco com adesão insuficiente identificados	100% dos hipertensos de médio, alto e muito alto risco com adesão insuficiente identificados	Farmacêutico	100%	77 hipertensos médio risco com adesão insuficiente	308 Acompanhamento da adesão ao tratamento	1 ano
Dispensar os medicamentos para os hipertensos de médio, alto e muito alto risco de primeira consulta/casos novos	50% dos hipertensos de alto e muito alto risco têm adesão insuficiente 50 % hipertensos de médio risco têm adesão insuficiente - 4 atendimentos farmacêuticos/ano para os hipertensos de alto e muito alto risco - 4 atendimentos farmacêuticos/ano os hipertensos de médio risco	Farmacêutico	100%	55 hipertensos alto e muito alto risco com adesão insuficiente	220 Acompanhamento da adesão ao tratamento	1 ano
Realizar a conciliação de medicamentos dos hipertensos de médio, alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	100% dos hipertensos de médio, alto e muito alto risco de primeira consulta 20% do total de hipertensos de médio, alto e muito alto risco (Verificar casos novos para confirmar o parâmetro) 1 atendimentos farmacêuticos /ano	Farmacêutico	100%	31 hipertensos médio risco de primeira consulta	31 Dispensação especializada	1 ano
Realizar a conciliação de medicamentos dos hipertensos de médio, alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	20% do total de hipertensos de médio, alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica para a conciliação de medicamentos. 2% do total de hipertensos de médio, alto e muito alto risco - 2 atendimentos farmacêuticos/ano	Farmacêutico	100%	22 hipertensos alto e muito alto risco de primeira consulta	22 Dispensação especializada	1 ano
Realizar a conciliação de medicamentos dos hipertensos de médio, alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	100% dos hipertensos de médio, alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica para a conciliação de medicamentos.	Farmacêutico	100%	3 hipertensos de médio em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	6 Conciliação de medicamentos	1 ano
Realizar a conciliação de medicamentos dos hipertensos de médio, alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	2% do total de hipertensos de médio, alto e muito alto risco - 2 atendimentos farmacêuticos/ano	Farmacêutico	100%	2 hipertensos de alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	4 Conciliação de medicamentos	1 ano

SAÚDE DO ADULTO

MENU

ATIVIDADE			META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
Fazer a gestão de caso em hipertensos selecionados a partir de dados de dados de adesão ou outros critérios	100% dos hipertensos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios 2% dos hipertensos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios - 4 atendimentos farmacêuticos /ano	Farmacêutico	100%	3 hipertensos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	11 Gestão de caso	1 ano
Abordagem em grupos	100% dos hipertensos participam de grupos - 1 x/ano para hipertensos de médio risco - 1x/ano para hipertensos de alto e muito alto risco Grupos: - 20 participantes; - duração: 1 hora.	Farmacêutico	100%	154 hipertensos médio risco	8 Atividades educativas	1 ano
Visita domiciliar do farmacêutico para hipertensos de médio, alto e muito alto risco acamados	100% dos hipertensos de médio, alto e muito alto risco acamados 1 % do total de hipertensos de médio, alto e muito alto risco - 2 visitas domiciliares /ano	Farmacêutico	100%	110 hipertensos alto e muito alto risco 3 hipertensos de médio, alto e muito alto risco	5 Atividades educativas 5 Visitas domiciliares	1 ano

ATIVIDADE		META PROGRAMADA				
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
Assistência Farmacêutica aos diabéticos usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão						
Acompanhar a adesão ao tratamento dos diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina sem hipertensão com adesão insuficiente identificados	100% dos diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina sem hipertensão com adesão insuficiente identificados	Farmacêutico	100%	13 diabéticos usuários de insulina com adesão insuficiente	53 Acompanhamento da adesão ao tratamento	1 ano
	50% diabéticos usuários de insulina têm adesão insuficiente 50% diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão tem adesão insuficiente	Farmacêutico	100%	26 diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão com adesão insuficiente	105 Acompanhamento da adesão ao tratamento	1 ano
Dispensar os medicamentos para os diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina sem hipertensão de primeira consulta/casos novos	- 4 atendimentos farmacêuticos /ano diabéticos usuários de insulina - 4 atendimentos farmacêuticos /ano diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão	Farmacêutico	100%	5 diabéticos usuários de insulina de 1ª consulta	5 Dispensação especializada	1 ano
	20% do total de diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina sem hipertensão/casos novos (Verificar casos novos para confirmar o parâmetro)	Farmacêutico	100%	11 diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão de 1ª consulta	11 Dispensação especializada	1 ano
Realizar a conciliação de medicamentos em diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina sem hipertensão em pontos de transição e/ou em situação específica	100% dos diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina sem hipertensão em pontos de transição específica e/ou em situação específica	Farmacêutico	100%	1 diabéticos usuários de insulina em pontos de assistência e/ou em situação específica	1 Conciliação de medicamentos	1 ano
	2% do total de diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina sem hipertensão	Farmacêutico	100%	1 diabéticos não usuários de insulina em pontos de transição e/ou em situação específica	2 Conciliação de medicamentos	1 ano

SAÚDE DO ADULTO

MENU

ATIVIDADE		META PROGRAMADA				
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
Fazer a gestão de caso em diabéticos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	100% dos diabéticos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios 2% dos diabéticos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios - 4 atendimentos farmacêuticos /ano	Farmacêutico	100%	1 diabéticos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	3 Gestão de caso	1 ano
Abordagem em Grupos	100% dos diabéticos participam de grupos - 1 x/ano para diabéticos usuários de insulina - 1 x/ano para diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão Grupos: - 20 participantes/duração: 1 hora	Farmacêutico	100%	26 diabéticos usuários de insulina	1 Atividades educativas	1 ano
Visita domiciliar do farmacêutico para diabéticos usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão acamados	100% dos diabéticos usuários de insulina e não usuários de insulina acamados 1 % do total de diabéticos usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão - 2 visitas domiciliares /ano	Farmacêutico	100%	53 diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão	3 Atividades educativas	1 ano
			100%	1 diabéticos usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão acamados	2 Visitas domiciliares	1 ano

OBS: As atividades para os Diabéticos não usuários de insulina com hipertensão são consideradas nas ações para o hipertensão de médio, alto e muito alto risco.

ATIVIDADE		META PROGRAMADA				
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	%	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
Assistência Farmacêutica aos usuários com TUBERCULOSE						
Acompanhar a adesão ao tratamento dos usuários com tuberculose com adesão insuficiente	100% dos portadores de tuberculose com adesão insuficiente identificados 50% dos usuários com tuberculose têm adesão insuficiente Verificar taxa de abandono para o parâmetro - SINAN - 6 atendimentos farmacêuticos/ano	Farmacêutico	100%	1 usuário com tuberculose com adesão insuficiente	6 Acompanhamento da adesão ao tratamento	1 ano
Dispensar os medicamentos para os usuários com tuberculose de primeira consulta/casos novos	100% dos usuários com tuberculose de 1ª consulta Verificar casos novos para o parâmetro 1 atendimento farmacêutico /ano	Farmacêutico	100%	1 usuários com tuberculose - casos novos -1ª consulta	1 Dispensação especializada	1 ano
Realizar a conciliação de medicamentos em usuários com tuberculose em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	100% dos usuários com tuberculose em pontos de transição da assistência da assistência e/ou em situação específica - 2 atendimentos farmacêuticos/ano Parâmetro	Farmacêutico	100%	1 usuários com tuberculose em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica para a conciliação de medicamentos.	2 Conciliação de medicamentos	1 ano
Fazer a gestão de caso em usuários com tuberculose, selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	Meta: 100% dos usuários com tuberculose, selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios - 6 atendimentos farmacêuticos/ano	Farmacêutico	100%	1 usuários com tuberculose, selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	6 Gestão de caso	1 ano
Visita domiciliar do farmacêutico para os usuários com tuberculose acamados	Meta: 100% dos usuários com tuberculose acamados Parâmetro: - 4 visitas domiciliares /ano	Farmacêutico	100%	1 usuários com tuberculose acamados	4 Visita domiciliar	1 ano

ATIVIDADE		META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
			%		

Assistência Farmacêutica aos usuários com hanseníase

Acompanhar a adesão ao tratamento dos usuários com hanseníase com adesão insuficiente identificados	100% dos usuários com hanseníase com adesão insuficiente - 6 atendimentos farmacêuticos/ano Verificar taxa de abandono para definir o parâmetro - SINAN	Farmacêutico	100%	1 usuários com hanseníase com adesão insuficiente	6 Acompanhamento da adesão ao tratamento	1 ano
Dispensar os medicamentos para os usuários com hanseníase de primeira consulta/casos novos	100% dos usuários com hanseníase de 1ª consulta/casos novos Verificar casos novos para definir o parâmetro 1 atendimento farmacêutico /ano	Farmacêutico	100%	1 usuários com hanseníase casos novos - 1ª consulta	1 Dispensação especializada	1 ano
Realizar a conciliação de medicamentos em usuários com hanseníase em pontos de transição de assistência e/ou em situação específica	100% dos usuários com hanseníase em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica para a conciliação de medicamentos. - 2 atendimentos farmacêuticos/ano	Farmacêutico	100%	1 usuários com hanseníase em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica para a conciliação de medicamentos	2 Conciliação de medicamentos	1 ano
Fazer a gestão de caso em usuários com hanseníase, selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	Meta: 100% dos portadores de hanseníase, selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios - 6 atendimentos farmacêuticos/ano	Farmacêutico	100%	1 usuários com hanseníase, selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	6 Gestão de caso	1 ano
Visita domiciliar do farmacêutico para usuários com hanseníase acamados	Meta: 100% dos usuários com hanseníase acamados - 4 visitas domiciliares /ano	Farmacêutico	100%	1 usuários com hanseníase acamado	4 Visita domiciliar	1 ano

ATIVIDADE		META PROGRAMADA			
DESCRIÇÃO	PARÂMETROS	RESPONSÁVEL	USUÁRIOS	ATIVIDADES	PRAZO
			%		

Assistência Farmacêutica aos idosos de alto risco/idoso frágil

Acompanhar a adesão ao tratamento dos idosos de alto risco/idoso frágil com adesão insuficiente identificados	100% dos idosos de alto risco/idoso frágil com adesão insuficiente identificados 50% do total de idosos de alto risco/idoso frágil tem adesão insuficiente - 4 atendimentos farmacêuticos /ano	Farmacêutico	58	232	1 ano
Dispensar os medicamentos para os idosos que passaram para o grupo de alto risco/idoso frágil	100% dos idosos que passaram para o grupo de idosos de alto risco/idoso frágil 20% do total de idosos de alto risco/idoso frágil 1 atendimento farmacêutico /ano	Farmacêutico	23	23	1 ano
Realizar a conciliação de medicamentos em idosos de alto risco/idoso frágil em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	100% dos idosos de alto risco/idoso frágil em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica 5% do total de idosos de alto risco/idoso frágil - 4 atendimentos farmacêuticos /ano	Farmacêutico	6	23	1 ano

Fazer a gestão de caso em idosos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	100% dos idosos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	Farmacêutico	5% dos idosos com adesão insuficiente identificados - 4 atendimentos farmacêuticos /ano	100%	3 idosos de alto risco selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	12 Gestão de caso	1 ano
Visita domiciliar do farmacêutico para idosos de alto risco/idoso frágil acamados	Meta: 100% dos idosos de alto risco/idoso frágil acamados Parâmetro: 2 % do total de idosos de alto risco/idoso frágil - 4 visitas domiciliares /ano	Farmacêutico		100%	2 idosos de alto risco	9 Visitas domiciliares	1 ano

Obs.: Os idosos com hipertensão e / ou diabetes serão atendidos nas atividades já programadas para essas finalidades.

OUTRAS AÇÕES DA EQUIPE

MENU

ATIVIDADE		PARÂMETROS		META PROGRAMADA		PRAZO
DESCRIÇÃO				ATIVIDADES		
FARMACÊUTICO						
Realizar visitas domiciliares para consulta de usuários com condições complexas ou patologias graves.	Deve ser definido o número de horas para visita domiciliares. Duração média de cada visita: 1 hora.			1 hora por semana	11 visitas domiciliares	1 ano
Realizar atendimentos farmacêuticos de demanda espontânea.	Deve ser definido o número total de horas para essa atividade. Duração média de cada consulta: 20 minutos					

Na planilha "9 - Consolidado", será definida a carga horária semanal para atividades de atendimentos farmacêuticos de demanda espontânea.

Realizar atividades de educação permanente.	Educação permanente: - horário prefixado semanalmente ou quinzenalmente - duração mínima: 4 horas por semana	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades de educação permanente.					
Realizar atividades técnico-gerenciais.	Atividades técnico-gerenciais: - horário prefixado por semana - duração: 1 hora	Na planilha "9 - Consolidado" será definida a carga horária semanal para atividades técnico-gerenciais.					
Realizar gestão de caso para consulta de usuários com condições complexas ou patologias graves.	Deve ser definido o número usuário nessas condições não considerados anteriormente nos grupos prioritários. 3 atendimentos/ano Duração média de cada atendimento: 60 minutos	<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>n.º de usuários</td> <td>9</td> <td>gestão de caso</td> <td>1 ano</td> </tr> </table>	3	n.º de usuários	9	gestão de caso	1 ano
3	n.º de usuários	9	gestão de caso	1 ano			

CONSOLIDADO

MENU

PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO				NÚMERO DE ATENDIMENTO POTENCIAL					
CATEGORIA PROFISSIONAL	DURAÇÃO (em minutos)	Nº DE ATENDIMENTOS POR HORA	CARGA HORÁRIA DIÁRIA (em horas)	Nº PROFISSIONAIS POR EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL	DIA	SEMANA	MÊS	ANO
Farmacêutico	20	3	4	1	Farmacêutico	12	60	240	2640
ATIVIDADES PROGRAMADAS									
ATIVIDADE	DURAÇÃO (em minutos)	CORRESPONDÊNCIA			ATIVIDADE	DURAÇÃO (em minutos)			CORRESPONDÊNCIA
Acompanhamento da adesão ao tratamento	20	1	atendimento farmacêutico			Gestão de caso	30	1,5	atendimento farmacêutico
Dispensação especializada	20	1	atendimento farmacêutico			Visita domiciliar - farmacêutico	60	3	atendimento farmacêutico
Conciliação de medicamento	20	1	atendimento farmacêutico			Atividade educativa - farmacêutico	60	3	atendimento farmacêutico

CONSOLIDADO DO ATENDIMENTO

ATIVIDADES - DEMANDA PROGRAMADA - ANO

	ACOMPANHAMENTO DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO	DISPENSÇÃO ESPECIALIZADA	CONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS	GESTÃO DE CASO	VISITA DOMICILIAR FARMACÉUTICO	ATIVIDADE EDUCATIVA FARMACÉUTICO	TOTAL ANUAL	
CRIANÇA	5	1	2	6	0	0	14	
ADOLESCENTE	0	0	0	0	0	0	0	
HIPERTENSÃO	527	53	11	11	5	13	620	
DIABETE	158	16	3	3	2	4	186	
TUBERCULOSE	6	1	2	6	4	0	19	
HANSENÍASE	6	1	2	6	4	0	19	
HIV/AIDS	0	0	0	0	0	0	0	
CÂNCER DA MULHER	0	0	0	0	0	0	0	
SAÚDE MENTAL	0	0	0	0	0	0	0	
GESTANTE E PUÉPERA	0	0	0	0	0	0	0	
IDOSO	232	23	23	12	9	0	300	
OUTRAS AÇÕES	0	0	0	9	11	0	20	
TOTAL DE ATIVIDADES	935	95	43	52	35	17	1177	
TOTAL DE ATENDIMENTOS	935	95	43	78	105	51	1308	
ATENDIMENTO FARMACÉUTICO								
TOTAL DE ATENDIMENTOS								TOTAL
ANO	1308							1308
MÊS	119							119
SEMANA	30							30
DIA	6							6

ANÁLISE DO ATENDIMENTO

ATENDIMENTO DIÁRIO									
PROFISSIONAIS	CAPACIDADE POTENCIAL TOTAL		ATENDIMENTO PROGRAMADO		ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA				
	Nº ATENDIMENTOS	HORAS	Nº ATENDIMENTOS	HORAS	Nº ATENDIMENTOS	HORAS	%	HORAS	%
Farmacêutico	12	4	6	2,0	6	2,0	6	2,02	
ATENDIMENTO SEMANAL									
PROFISSIONAIS	TOTAL (em horas)	ATENÇÃO PROGRAMADA		DEMANDA ESPONTÂNEA		EDUCAÇÃO PERMANENTE 1		AÇÕES TÉCNICO-GERENCIAIS 2	
		HORAS	%	HORAS	%	HORAS	%	HORAS	%
Farmacêutico	20	10	50	5,1	25	2,5	12,5	2,5	12,5

MONITORAMENTO

MENU

INDICADOR	META PROGRAMADA		REALIZADO												ATIVIDADES A REALIZAR						
	%	USUÁRIOS ou ATIVIDADES por ANO	USUÁRIOS ou ATIVIDADES por MÊS													TOTAL ACUMULADO					
				JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	No	%				
<p>CRIANÇA</p> <p>Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento das crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave com adesão insuficiente</p> <p>Porcentagem de dispensações especializadas para primeira consulta/casos novos de crianças menores de 0,5 anos portadoras de asma moderada/grave</p> <p>Porcentagem de conciliações de medicamentos em crianças menores de 0,5 anos portadoras de asma moderada/grave em pontos de transição da assistência</p> <p>Porcentagem de gestão de caso em crianças selecionadas a partir de dados de adesão ou outros critérios</p>	100%	5	crianças < 5 a. port. asma moderada/grav e adesão insuficiente															0	0	5	
	100%	1	crianças < 5 a. port. asma moderada/grav e casos novos - 1ª consulta																0	0	1
	100%	2	crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grav e em pontos de transição da assistência e/ou situação específica para conciliação de medicamentos																0	0	2
	100%	1	crianças selecionadas a partir de dados de adesão ou outros critérios																0	0	1

ADULTO - HIPERTENSÃO

Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de hipertensos de médio risco com adesão ao tratamento insuficiente	100%	hipertensos de médio risco com adesão insuficiente	28	hipertensos de médio risco com adesão insuficiente	0	0	308
Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de hipertensos de alto e muito alto risco com adesão ao tratamento insuficiente	100%	hipertensos de alto e muito alto risco com adesão insuficiente	##	hipertensos de alto e muito alto risco com adesão insuficiente	0	0	220
Porcentagem de dispensações especializadas para primeira consulta/casos novos de hipertensos de médio risco	100%	hipertensos de médio risco de 1ª consulta	31	hipertensos de médio risco de primeira consulta	0	0	28
Porcentagem de dispensações especializadas para primeira consulta/casos novos de hipertensos de alto e muito alto risco	100%	hipertensos de alto e muito alto risco de primeira consulta	22	hipertensos de alto e muito alto risco de primeira consulta	0	0	20
Porcentagem de conciliações de medicamentos dos hipertensos de médio risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	100%	hipertensos de médio risco em pontos de transição da assist. e/ou em sit. especif.	6	hipertensos de médio risco em pontos de transição da assist. e/ou em sit. especif.	0	0	6
Porcentagem de conciliações de medicamentos dos hipertensos de alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	100%	hipertensos de alto e muito alto risco em pontos de transição da assist. e/ou em sit. especif.	4	hipertensos de alto e muito alto risco em pontos de transição da assist. e/ou em sit. especif.	0	0	4
Porcentagem de gestão de caso em hipertensos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	100%	hipertensos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	11	hipertensos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	0	0	10
Porcentagem de abordagens em grupos para os hipertensos de médio risco	100%	hipertensos de médio risco	8	hipertensos de médio risco	0	0	7
Porcentagem de abordagens em grupos para hipertensos de alto e muito alto risco	100%	hipertensos de alto e muito alto risco	5	hipertensos de alto e muito alto risco	0	0	5
Porcentagem de visitas domiciliares para hipertensos de médio, alto e muito alto risco acamados	100%	hipertensos de médio, alto e muito alto risco acamados	5	hipertensos de médio, alto e muito alto risco acamados	0	0	5

ADULTO - DIABETES

Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de diabéticos usuários de insulina com adesão insuficiente	100%	53	diabéticos usuários de insulina com adesão insuficiente	4	diabético usuário de insulina com adesão insuficiente	0	0	53
Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão com adesão insuficiente	100%	105	diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão com adesão insuficiente	9	diabético não usuário de insulina sem hipertensão com adesão insuficiente	0	0	105
Porcentagem de dispensações especializadas para diabéticos usuários de insulina de primeira consulta/casos novos	100%	5	diabéticos usuários de insulina de primeira consulta	0	diabético usuário de insulina de primeira consulta/casos novos	0	0	5
Porcentagem de dispensações especializadas para diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão de primeira consulta/casos novos	100%	11	diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão de primeira consulta	0,9	diabético não usuário de insulina sem hipertensão de primeira consulta	0	0	11
Porcentagem de conciliações de medicamentos em diabéticos usuários de insulina em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	100%	1	diabéticos usuários de insulina em pontos de transição de situação específica	0,09	diabético usuário de insulina em transição de situação específica	0	0	1
Porcentagem de conciliações de medicamentos em diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica	100%	2	diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão em pontos de transição da assist. e/ou em situação específica	0,2	diabético não usuário de insulina sem hipertensão em transição da assist. e/ou em situação específica	0	0	2

Porcentagem de gestão de caso em diabéticos selecionados a partir de visitas de adesão ou outros critérios	3	diabéticos selecionados a partir de visitas de adesão ou outros critérios	diabéticos selecionados a partir de visitas de adesão ou outros critérios	0,3	diabéticos selecionados a partir de visitas de adesão ou outros critérios	0	0	3
Porcentagem de abordagens em grupos para diabéticos usuários de insulina	100%	1	diabéticos usuários de insulina	0,1	diabético usuário de insulina	0	0	1
Porcentagem de abordagens em grupos para diabético II us. insulina s/ hipertensão	100%	3	diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão	0,2	diabético não usuário de insulina sem hipertensão	0	0	3
Porcentagem de visitas domiciliares para diabéticos usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão acamados	100%	2	diabéticos usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão acamados	0	diabéticos usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão acamados	0	0	2

ADULTO - TUBERCULOSE

Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento dos usuários com tuberculose com adesão insuficiente	100%	6	usuários com tuberculose com adesão insuficiente	0,5	usuários com tuberculose com adesão insuficiente	0	0	6
Porcentagem de dispensações especializadas para os usuários com tuberculose de primeira consulta/casos novos	100%	1	usuários com tuberculose de primeira consulta/casos novos	0	usuários com tuberculose de primeira consulta/casos novos	0	0	1

ADULTO - HANSENIASE

Porcentagem de acompanhamento da adesão ao tratamento dos usuários com hanseníase com adesão insuficiente	100%	6	usuários com hanseníase com adesão insuficiente	1	usuários com hanseníase com adesão insuficiente	0	0	6
Porcentagem de dispensações especializadas para os usuários com hanseníase de primeira consulta/casos novos	100%	1	usuários com hanseníase de primeira consulta/casos novos	0	usuários com hanseníase de primeira consulta/casos novos	0	0	1

IDOSO

<p>Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento dos idosos de alto risco/idoso frágil com adesão insuficiente</p>	100%	232	Idosos de alto risco/idoso frágil com adesão insuficiente	19	Idosos de alto risco/idoso frágil com adesão insuficiente														0	0	232
<p>Porcentagem de dispensações especializadas para os idosos que passaram para o grupo de idosos de alto risco/idoso frágil</p>	100%	23	Idosos que passaram para o grupo de idosos de alto risco	2	Idosos que passaram para o grupo de idosos de alto risco														0	0	23
<p>Porcentagem de conciliações de medicamentos em idosos de alto risco/idoso frágil em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica</p>	100%	23	Idosos de alto risco/idoso frágil em pontos de assistência durante a transição situação específica	2	Idosos de alto risco/idoso frágil em pontos de assistência durante a transição situação específica														0	0	23
<p>Porcentagem de gestão de caso em idosos de alto risco/idoso frágil selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios</p>	100%	12	Idosos de alto risco/idoso frágil selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios	1	Idosos de alto risco/idoso frágil selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios														0	0	12
<p>Porcentagem de visita domiciliar do farmacêutico para idosos de alto risco/idoso frágil acamados</p>	100%	9	Idosos de alto risco/idoso frágil acamados	1	Idosos de alto risco/idoso frágil acamados														0	0	9

INDICADOR	FÓRMULA
CRIANÇA - ASMA GRAVE E MODERADA	
Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento das crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave com adesão insuficiente	$\frac{\text{Número de acompanhamentos da adesão ao tratamento realizados}}{\text{Número total de acompanhamentos da adesão ao tratamento planejados}} \times 100$
Porcentagem de dispensações especializadas para primeira consulta/casos novos de crianças menores de 5 anos portadoras de asma moderada/grave	$\frac{\text{Número de dispensações especializadas realizadas}}{\text{Número total de dispensações especializadas planejadas}} \times 100$
Porcentagem de conciliações de medicamentos em crianças menores de 05 anos portadoras de asma moderada/grave em pontos de transição da assistência	$\frac{\text{Número de conciliações de medicamentos realizadas}}{\text{Número de conciliações de medicamentos planejadas}} \times 100$
Porcentagem de gestões de caso em crianças selecionadas a partir de dados de adesão ou outros critérios	$\frac{\text{Número de gestões do caso realizadas}}{\text{Número de gestões de caso planejadas}}$

ADULTO - HIPERTENSÃO

<p>Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de hipertensos de médio risco com adesão ao tratamento insuficiente</p> <p>Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento de hipertensos de alto e muito alto risco com adesão ao tratamento insuficiente</p>	<p>Número de acompanhamentos da adesão ao tratamento realizados $\times 100$</p> <p>Número total de acompanhamentos da adesão ao tratamento planejados</p>
<p>Porcentagem de dispensações especializadas para primeira consulta/casos novos de hipertensos de médio risco</p>	<p>Número de dispensações especializadas realizadas $\times 100$</p> <p>Número total de dispensações especializadas planejadas</p>
<p>Porcentagem de dispensações especializadas para primeira consulta/casos novos de hipertensos de alto e muito alto risco</p>	<p>Número de dispensações especializadas realizadas $\times 100$</p> <p>Número total de dispensações especializadas planejadas</p>
<p>Porcentagem de conciliações de medicamentos dos hipertensos de médio risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica</p>	<p>Número de conciliações de medicamentos realizados $\times 100$</p> <p>Número total de conciliações de medicamentos planejadas</p>

<p>Porcentagem de conciliações de medicamentos de alto e muito alto risco em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica</p>	$\frac{\text{Número de conciliações de medicamentos realizados}}{\text{Número total de conciliação de medicamentos planejadas}} \times 100$
<p>Porcentagem de gestões de caso em hipertensos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios</p>	$\frac{\text{Número de gestões de caso realizadas}}{\text{Número total de gestões de caso planejadas}} \times 100$
<p>Porcentagem de abordagens em grupos para hipertensos de médio risco</p>	$\frac{\text{Número de grupos realizados}}{\text{Número total de grupos planejados}} \times 100$
<p>Porcentagem de abordagens em grupos para hipertensos de alto e muito alto risco</p>	$\frac{\text{Número de grupos realizados}}{\text{Número total de grupos planejados}} \times 100$
<p>Porcentagem de visitas domiciliares para hipertensos de médio, alto e muito alto risco acamados</p>	$\frac{\text{Número de visitas domiciliares realizadas}}{\text{Número total de visitas domiciliares planejadas}} \times 100$

ADULTO - DIABETES

Porcentagem de **acompanhamentos da adesão ao tratamento** de diabéticos **usuários de insulina** com adesão insuficiente

Número de acompanhamentos da adesão ao tratamento **realizados**

$$\frac{\text{Número total de acompanhamentos da adesão}}{\text{ao tratamento planejados}} \times 100$$

Porcentagem de **acompanhamentos da adesão ao tratamento** de diabéticos **não usuários de insulina sem hipertensão** com adesão insuficiente

Número de acompanhamentos **da adesão ao tratamento realizados**

$$\frac{\text{Número total de acompanhamentos da adesão}}{\text{ao tratamento planejados}} \times 100$$

Porcentagem de **dispensações especializadas** para diabéticos **usuários de insulina** de primeira consulta/casos novos

Número de dispensações especializadas **realizadas**

$$\frac{\text{Número total de dispensações especializadas}}{\text{planejadas}} \times 100$$

Porcentagem de **dispensações especializadas** para diabéticos **não usuários de insulina sem hipertensão** de primeira consulta/casos novos

Número de dispensações especializadas **realizadas**

$$\frac{\text{Número total de dispensações especializadas}}{\text{planejadas}} \times 100$$

Porcentagem de **conciliações de medicamentos** em diabéticos **usuários de insulina** em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica

Número de conciliações de medicamentos **realizadas**

$$\frac{\text{Número total de conciliações de medicamentos}}{\text{planejadas}} \times 100$$

<p>Porcentagem de conciliações de medicamentos de insulina sem hipertensão em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica</p>	$\frac{\text{Número de conciliações de medicamentos realizados}}{\text{Número total de conciliações de medicamentos planejados}} \times 100$
<p>Porcentagem de gestões de caso em diabéticos selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios</p>	$\frac{\text{Número de gestões de caso realizados}}{\text{Número total de gestões planejados}} \times 100$
<p>Porcentagem de abordagens em grupos para diabéticos usuários de insulina</p>	$\frac{\text{Número de grupos realizados}}{\text{Número total de grupos planejados}} \times 100$
<p>Porcentagem de abordagens em grupos para diabético ñ us. insulina s/ hipertensão</p>	$\frac{\text{Número de grupos realizados}}{\text{Número total de grupos planejados}} \times 100$
<p>Porcentagem de visitas domiciliares para diabéticos usuários de insulina, não usuários de insulina sem hipertensão acamados</p>	$\frac{\text{Número de visitas domiciliares realizadas}}{\text{Número total de visitas domiciliares planejados}} \times 100$

ADULTO - TUBERCULOSE	
<p>Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento dos usuários com tuberculose com adesão insuficiente</p>	<p>Número de acompanhamentos da adesão ao tratamento realizados</p> $\frac{\text{Número total de acompanhamentos da adesão ao tratamento planejados}}{\text{Número total de acompanhamentos da adesão ao tratamento planejados}} \times 100$
<p>Porcentagem de dispensações especializadas para os usuários com tuberculose de primeira consulta/casos novos</p>	<p>Número de dispensações especializadas realizadas</p> $\frac{\text{Número total de dispensações especializadas planejadas}}{\text{Número total de dispensações especializadas planejadas}} \times 100$
ADULTO - HANSENIASE	
<p>Porcentagem de acompanhamento da adesão ao tratamento dos usuários com hanseníase com adesão insuficiente</p>	<p>Número de acompanhamento da adesão ao tratamento realizados</p> $\frac{\text{Número total de acompanhamento da adesão ao tratamento planejados}}{\text{Número total de acompanhamento da adesão ao tratamento planejados}} \times 100$
<p>Porcentagem de dispensações especializadas para os usuários com hanseníase de primeira consulta/casos novos</p>	<p>Número de dispensações especializadas realizadas</p> $\frac{\text{Número total de dispensações especializadas planejadas}}{\text{Número total de dispensações especializadas planejadas}} \times 100$
IDOSOS	
<p>Porcentagem de acompanhamentos da adesão ao tratamento dos idosos de alto risco/idoso frágil com adesão insuficiente</p>	<p>Número de acompanhamentos da adesão ao tratamento realizados</p> $\frac{\text{Número total de acompanhamentos da adesão ao tratamento planejados}}{\text{Número total de acompanhamentos da adesão ao tratamento planejados}} \times 100$

<p>Porcentagem de dispensações especializadas para os idosos que passaram para o grupo de idosos de alto risco/idoso frágil</p>	$\frac{\text{Número de dispensações especializadas de medicamentos realizados}}{\text{Número total de dispensações especializadas de medicamentos planejadas}} \times 100$
<p>Porcentagem de conciliações de medicamentos em idosos de alto risco/idoso frágil em pontos de transição da assistência e/ou em situação específica</p>	$\frac{\text{Número de conciliações de medicamentos realizados}}{\text{Número total de conciliações de medicamentos planejadas}} \times 100$
<p>Porcentagem de gestões de caso em idosos de alto risco/idoso frágil selecionados a partir de dados de adesão ou outros critérios</p>	$\frac{\text{Número de gestões de caso realizados}}{\text{Número total de gestões de caso planejados}} \times 100$
<p>Porcentagem de visitas domiciliares para idosos de alto risco/idoso frágil acamados</p>	$\frac{\text{Número de visitas domiciliares realizadas}}{\text{Número total de visitas domiciliares planejadas}} \times 100$



FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS

Rua Conde Pereira Carneiro, 80
Gameleira, Belo Horizonte
Minas Gerais, CEP 30510-010

www.funed.mg.gov.br

SAC 0800 283 1980

faleconosco@funed.mg.gov.br

Redes Sociais:

twitter.com/funed

youtube.com/acsfuned

facebook.com/Funed