

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

ILLANA JANIK SANTOS DA COSTA

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO PARA PACIENTES EM
TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE NA ATENÇÃO BÁSICA**

CUITÉ - PB

2017

ILLANA JANIK SANTOS DA COSTA

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO PARA PACIENTES EM
TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CES como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^a. Me. Andrezza Duarte Farias

CUITÉ – PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

C837a Costa, Illana Janik Santos da.

Acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes em tratamento de osteoporose na atenção básica. / Illana Janik Santos da Costa. - Cuité: CES, 2017.

69 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientadora: Andrezza Duarte Farias.

1. Osteoporose. 2. Acompanhamento farmacoterapêutico. 3. Serviços comunitários de farmácia. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.71-007.234

ILLANA JANIK SANTOS DA COSTA

**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO PARA PACIENTES EM
TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CES como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

APROVADO EM: 16/03/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Me. Andrezza Duarte Farias
Orientadora
(UAS/CES/UFCG)

Prof^ª Me. Adriana Amorim de Farias Leal
Examinadora
(UAS/CES/UFCG)

Me. Maria da Glória Batista de Azevedo
Examinador
(UAS/CES/UFCG)

Dedico esse trabalho primeiramente, ao nosso pai glorioso Deus, por ter me agraciada pelo dom da vida e me permitir com muito esforço e dedicação realizar esse sonho. Ainda mais as duas razões da minha vida, meus pais Maria e Milton, que sempre estiveram ao meu lado apoiando, incentivando e me erguendo a cada momento difícil que vivenciei, onde a cada conquista alcançada na minha vida, é a eles que eternamente dedicarei e serei grata por tudo. E também, ao meu companheiro, amigo, confidente e eterno Amor Jó Magdiel, que fez dos meus últimos dias de graduação os mais felizes, sendo meu incentivador, parceiro e melhor presente que a vida pôde me proporcionar! Sem eles em minha vida, não teria conseguido concretizar esse Sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao nosso grande mestre de luz Jesus e seus servos, que sempre guiaram-me pelos melhores caminhos de ensinamentos e aprendizagem, protegendo-me de todo mal.

Agradeço mais uma vez a minha Mãe, Maria da Paz, e ao meu Pai, Milton Pereira, que por mais difícil que a vida lhes foi, ensinaram-me com todo seu amor incondicional a ser uma pessoa humilde, batalhadora, honesta e ir sempre em busca dos meus sonhos sem passar por cima de ninguém, formando a mulher que hoje eu sou. Quem sempre me incentivou e esteve ao meu lado em momentos de sorrisos e choros vivenciados não só na graduação, mas em todos os momentos da minha vida.

Aos meus familiares, que direta ou indiretamente, sempre me incentivaram a almejar essa conquista. Como também minha segunda família, meus sogros Mônica e João, cunhadas Jane e Charllena, Tia e sobrinhas postizas Célia, Cecília, Clarinha e Valentina que desde a minha entrada na vida deles me incentivaram a ir sempre em busca do meu melhor.

As minhas amigas Laíse e Ingrid que mesmo antes de entrar no curso, me incentivaram e apoiaram-me na decisão, que estiveram presentes nos meus melhores e piores momentos dessa fase.

As amigas que levarei da faculdade para a vida Hyngrud, vulgo Isareth, Roseana, Laíla e Karine. Com quem compartilhei todos momentos vividos durante todos esses anos, meus choros, alegrias e desabafos. Deixo-vos meu muito obrigada, em especial a Vocês Isareth e Rose que além de amigas foram e sempre será minhas irmãs que a vida me presenteou!

A Andrezza Duarte que, além de uma disseminadora de conhecimentos, você foi uma grande amiga que me amparou e ajudou quando mais precisei, mesmo antes de ser minha orientadora dedicou-se na minha capacitação, apesar dos trabalhos e apertados que lhe dei teve muita paciência comigo e no final deu tudo certo. Melhor orientadora não poderia ter, obrigada por todos ensinamentos e oportunidades.

Á todos que me acompanharam e estiveram presentes durante meus estágios supervisionados , em especial as companheiras de estágio Amanda e Aiany e aos Preceptores Jarlene, Heloísa, Arthur e Priscilla e aos companheiros de estágio Luiz e Fagner que passaram da melhor forma tudo que sabiam, tendo uma grande parcela de contribuição na minha formação, além do seu Elisio que me indicou e proporcionou a oportunidade de estágio industrial e a Samara e professor Schubert que me deram oportunidade de realizar trabalhos dentro da sua indústria.

Agradeço a banca examinadora Glória e Adriana por aceitarem o convite de estarem presentes nesse momento único de minha vida e que contribuirão na formatação desse trabalho e me capacitará pela apresentação do mesmo.

E por fim, agradeço ao corpo docente do CES que contribuiu ao longo dessa jornada na minha formação acadêmica.

RESUMO

As doenças crônicas e múltiplas são frequentes na população idosa, sendo a osteoporose considerada uma das principais causas de mortes e morbidades susceptíveis a essa faixa etária, apresentam uma tendência ao uso contínuo de vários medicamentos, situação que pode levar à problemas relacionados a farmacoterapia. Desse modo, o objetivo do estudo foi realizar um acompanhamento farmacoterapêutico de usuários portadores de osteoporose na Atenção Básica no município de Cuité-PB. Tratou-se de um estudo longitudinal e descritivo com abordagem qualitativa realizado com pacientes diagnosticadas com osteoporose, segundo os critérios do PCDT (2014). Foram coletados dados socioeconômicos, bioquímicos e níveis de pressão arterial e glicêmicos, com o auxílio do acompanhamento farmacoterapêutico pelo método Pharmacotherapy Workup Drug Therapy (PWDT). Foram acompanhadas 04 pacientes com média de idade de 68 anos do sexo feminino, com até dois (02) salários mínimos de renda e três (03) delas não concluíram o ensino fundamental. Na presença de um cuidador, apenas uma possuía adesão adequada ao tratamento. Durante o acompanhamento farmacoterapêutico, foram identificados PRM de adesão inapropriada (PRM7) e de segurança no tratamento (PRM6). Como intervenção, foi criado um depósito organizador para os medicamentos em uso, tendo como resultado uma redução nesses problemas. Observou-se que por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, é possível contribuir para resolução de problemas relacionados a medicamentos e a conscientização quanto ao uso adequado de medicamentos.

Palavras-chaves: Serviços comunitários de farmácia. Acompanhamento Farmacoterapêutico. Osteoporose.

ABSTRACT

Chronic and multiple diseases are frequent in the elderly population, with osteoporosis being considered a major cause of deaths and morbidities that are susceptible to this age group. There is a trend towards the continuous use of several drugs, a situation that can lead to problems related to pharmacotherapy. Thus, the objective of the study was to conduct a pharmacotherapeutic follow-up of users with osteoporosis in Primary Care in the city of Cuité-PB. Socioeconomic, biochemical and blood pressure and glycemic levels were collected, with the aid of pharmacotherapeutic monitoring by the Pharmacotherapy Workup (PW) method. Four patients with a mean age of 68 years old were followed, all of them female, earning up to 02 minimum wages and 03 of them did not complete elementary school. Only 01 had adequate treatment adherence, because they had a caregiver. During the pharmacotherapeutic follow-up, PRM of inappropriate adherence (PRM 7) and safety in treatment (PRM6) were identified. As an intervention, an organizing deposit was created for the drugs in use, resulting in a reduction in these problems. It was observed that, through pharmacotherapeutic follow-up, it is possible to contribute to the resolution of drug-related problems and awareness of proper use.

Keywords: Community pharmacy services. Pharmacotherapeutic follow-up. Osteoporosis.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AF- Assistência Farmacêutica

DEXA- Avaliação da Composição Corporal pela Densitometria

DMO- Densidade Mineral Óssea

FDA- Food and Drug Administration-EUA

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC- Índice de Massa Corporal

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

PA- Pressão Arterial

PCDT- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PRM- Problema Relacionado com Medicamentos

PW- Pharmacotherapy Workup (Tratamento de Terapia)

PWDT- Pharmacists Workup of Drug Therapy (Análise da Farmacoterapia pelo Farmacêutico)

RAM- Reações adversas à Medicamentos

RNM- Resultados Negativos associados à Medicação

SBGG- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SFT- Seguimento Farmacoterapêutico

SUS- Sistema Único de Saúde

TOM- Therapeutic Outcomes Monitoring (Monitorização de Resultados Terapêuticos)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sócio demográficas e econômicas das pacientes em AF em tratamento de osteoporose na Atenção Básica.....34

Tabela 2- Problemas Relacionados à Medicamentos encontrados para cada paciente abril-dezembro 2016.....37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Dose diária recomendada de ingestão de cálcio pelo NIH.....	18
Quadro 2- Classificação dos Problemas Relacionados com Medicamentos (PRMs).....	22
Quadro 3- Atividades e responsabilidades do farmacêutico na fase de avaliação da farmacoterapia.....	27
Quadro 4- Possíveis causas para o surgimento de PRMs.....	29
Quadro 5- Classificação dos Problemas Farmacoterapêuticos de acordo com o grupo Minnesota.....	31
Quadro 6 Medicamentos em uso pelas pacientes acompanhadas e suas respectivas indicações, abril-dezembro, 2016.....	35
Quadro 7- Resultados dos exames laboratoriais das pacientes em acompanhamento, abril-dezembro, 2016.....	36
Quadro 8- Parâmetros da pressão arterial das pacientes por visitas, abril-dezembro, 2016.....	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Atributos da atenção farmacêutica segundo as condições do paciente.....	23
Figura 2- Atributos gerais de atenção farmacêutica do paciente.....	23
Figura 3- Fases do método Dáder de seguimento farmacoterapêutico (SFT).....	25
Figura 4- Dados a serem coletados na Avaliação Inicial do acompanhamento farmacoterapêutico.....	28
Figura 5- Intervenção farmacêutica 1 - Depósito organizador dos medicamentos.....	38
Figura 6- Intervenção farmacêutica 2 - organização dos medicamentos por cores.....	39

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1 - Descrição dos critérios para identificação dos PRMs.....	26
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Osteoporose	17
3.1.1 Descrição da Doença	17
3.1.2 Prevenção da Doença	18
3.1.3 Tratamento da doença	18
3.1.3.1 Alendronato de Sódio	19
3.2 Atenção Farmacêutica	20
3.2.1 Métodos Clínicos de Cuidado Farmacêutico	23
3.2.1.1 Método Dáder	24
3.2.1.2 Método PW	27
3.2.2 Etapas para aplicação do método	27
3.2.2.1 Conceitos e Classificação de PRM usado pelo método PW	30
4. METODOLOGIA	31
4.1 Tipo de Estudo	31
4.2 Local	31
4.3 População e Amostra	32
4.4 Procedimentos de Coleta de Dados	32
4.5 Análise de Dados	32
4.6 Considerações Éticas	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
6. CONCLUSÕES	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	50
ANEXO A	50
ANEXO B	54

ANEXO C	55
APÊNDICES	65
APÊNDICE A.....	65
APÊNDICE B.....	66

1. INTRODUÇÃO

A osteoporose é uma doença osteometabólica definida pela perda da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo com um resultante do aumento da debilitação óssea e da sensibilidade a fraturas. Acomete ambos os sexos com idade igual ou superior 50 anos, sendo que 50% das mulheres e 20% dos homens sofrerão alguma fratura osteoporótica ao longo da vida (BRASIL, 2014).

É uma doença irreversível até o momento, porém na maior parte dos pacientes, as intervenções clínicas precoces podem prevenir a doença (OLIVEIRA; GUARNIEIRO, 2004). Estudos direcionam evidências da eficácia na prevenção de fraturas vertebrais e não vertebrais, com o uso de medicamentos como o alendronato de sódio e risedronato de sódio (CAMARGO; MINOSGO, 2007).

O crescente número de idosos com problemas relacionados à saúde vem aumentando nos últimos anos. Como o organismo já não reage como antes, desenvolvem-se patologias crônicas e conseqüentemente, a polimedicação surge com esse problema, prática cada vez mais frequente em idosos, evoluindo a probabilidades de interações medicamentosas, reações adversas, diminuição na adesão ao tratamento, entre outros fatores. Uma forma de minimizar esses problemas foi à implantação de serviços farmacêuticos, realizando cuidados e ações educativas aos idosos usuários de medicamentos SOCIEDADE BRASILEIRA DE (GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2010; ROSA; CAMARGO, 2014).

Dentre esses serviços, o acompanhamento farmacoterapêutico tem como objetivo diminuir a vulnerabilidade do uso de vários medicamentos, reduzindo os riscos de Problemas Relacionados à Medicamentos (PRM), além da redução de custo para o paciente. O acompanhamento farmacoterapêutico utiliza o raciocínio clínico, o qual inclui coletas de dados objetivos e subjetivos, identificação de problemas, implantação de plano de cuidado e avaliação de intervenções realizadas (OTUKI; CORRER, 2011).

Nesse sentido, o presente estudo buscou realizar o seguimento farmacoterapêutico de usuários portadores de osteoporose na Atenção Básica no município de Cuité – PB.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de usuários portadores de osteoporose na Atenção Básica no município de Cuité – PB.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as características sócio econômicas dos usuários;
- Identificar os Problemas Relacionados a Medicamentos;
- Descrever as intervenções farmacêuticas realizadas;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Osteoporose

3.1.1 Descrição da Doença

A osteoporose é uma doença osteometabólica, sendo caracterizada pela desordem do metabolismo ósseo, pormenorizado por diminuição da massa óssea e pela degeneração da microarquitetura do tecido ósseo com consecutivo aumento da fragilidade óssea e suscetibilidades a fraturas, evidenciadas por meio de densitometria óssea (DMO). É uma doença que pode ocorrer em todas as idades, porém 50% dos portadores da doença, são mulheres com idade superior de 60 anos, particularmente depois da menopausa, pois a deficiência do estrógeno e endógeno constitui um crédito importante para cooperação fisiopatológica para sua ocorrência (BRASIL, 2014).

A DMO utiliza técnica de Absorciometria de raios-X de dupla energia (DEXA). Fatores ambientais como sedentarismo e tabagismo podem também está associado à perda da massa óssea (PAIVA et al., 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera osteoporose numa condição em que a densidade óssea é igual ou inferior 2,5 desvio abaixo do pico de massa óssea encontrada no adulto jovem, designada através do ESCORE T, o qual é a diferença entre a massa óssea atual do indivíduo e a massa óssea da população de adultos jovens (LOPES, et al., 2007; WHO, 2004).

A osteoporose é uma das principais causas de morte e morbidade de idosos, e atualmente é definida como doença do esqueleto designado pelo comprometimento da resistência e da qualidade óssea, aumentando o de risco a fraturas. Nesse contexto há duas maneiras de classificação da doença, a saber: ser idiopática primária do tipo I (Pós-menopausa) ou tipo II (Osteoporose Senil). Podendo também ser uma osteoporose secundária proveniente de anormalidades endócrinas e neoplasias (OLIVEIRA; GUARNIERO, 2004).

Todavia, limitando-se a realização de DMO a população pode apresentar fatores de riscos para o desenvolvimento da osteoporose, entre os quais fatores à idade, sexo, índice de massa corporal, estilo de vida e história familiar (BRASIL, 2014).

3.1.2 Prevenção da Doença

O propósito inicial do tratamento da osteoporose primária é a prevenção, devendo-se observar o pico de massa óssea que ocorre entre os 20 e 30 anos de idade. Essa prevenção inicia-se entre crianças, adolescentes e jovens adultos a partir de uma boa nutrição, prática de exercícios físicos e o incentivo de ingestão de cálcio e vitamina D, adotando uma vida saudável (OLIVEIRA; GUARNIERO, 2004).

A dose diária recomendada de ingestão de cálcio pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos está representada no Quadro 3, a seguir:

Quadro 1: Dose diária recomendada de ingestão de cálcio pelo NIH.

<u>Recomendações para uso diário de cálcio</u>	
Crianças até os seis meses de idade.....	400mg
Criança dos seis meses a um ano de idade.....	600mg
Crianças entre um ano e cinco anos de idade.....	600mg
Adolescente/adulto jovem.....	800-1.200mg
Homem idade 25 e 65 anos.....	1.200-1.500mg
Mulher na pré-menopausa 25-50 anos.....	1.000mg
Gravidez e amamentação.....	1.200-1.500mg
Mulher em pós-menopausa (acima de 60 anos em TRH.....	1.000mg
Mulher em pós-menopausa (acima de 60 anos sem TRH.....	150mg
Mulheres acima de 65 anos de idade.....	1.500mg

Fonte: Instituto Nacional de Saúde, 2001.

Para Oliveira; Guarnieiro (2004), a terapia com a reposição do hormônio feminino estrógeno na pós- menopausa é uma das formas de prevenção de fraturas do quadril, sendo considerada a causa de 90% das fraturas vertebrais.

3.1.3 Tratamento da doença

Estabelecido o diagnóstico da osteoporose deve-se definir pelo tratamento profilático e/ou curativo. O objetivo do tratamento deve ser aquele que diminua a ocorrência de fraturas e recupere a geometria do osso e sua microarquitetura, o efeito terapêutico rápido e duradouro, além de seguro eficaz (SOUZA, 2010).

Pode ser realizado através do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso. Entre os medicamentos de primeira linha que restringem as fraturas osteoporóticas estão os Bifosfatos (Risedronato de sódio, Pamidronato do dissódico e Alendronato de sódio). Na segunda linha para os pacientes com disfunção de deglutir, com inflexibilidade ou falha terapêutica dos tratamentos de primeira linha, está a utilização de Raloxino, Estrógenos conjugados ou Calcitonina (BRASIL, 2014).

3.1.3.1 Alendronato de Sódio

Por ser um potente inibidor específico da reabsorção óssea mediada por osteoclastos é indicado como primeira linha para prevenção de fraturas em pacientes portadores de osteoporose, há indícios de efetividade terapêutica como a adesão ao tratamento, reduzindo fraturas vertebrais e não vertebrais e de quadril, sendo esta última a razão de primeira opção de tratamento. O seu uso é contraindicado para a hipersensibilidade ao alendronato ou a qualquer componente da fórmula, gravidez e lactação, hipocalcemia e insuficiência renal grave, como também para paciente que tem dificuldades de ficar em pé ou sentado pelo menos 30 minutos, pois ao fazer o uso, o paciente tem que ficar no mínimo 30 minutos em pé, fazendo uma caminhada para um efeito terapêutico satisfatório (BRASIL, 2014; BELCHIOR et al., 2009).

A dose liberada pelo FDA (Food and Drug Administration - EUA) do alendronato de sódio foi 70 mg semanal, sendo a escolha terapêutica mais aceita pelos pacientes (OLIVEIRA; GUARNIERO, 2004).

Com relação aos seus efeitos adversos, em uma incidência acima de 10% dos casos, pode ocorrer hipocalcemia (transitória, leve) e hipofosfatemia (transitória, leve); Incidência entre 1% e 10%, cefaleia, dor abdominal, dispepsia, náusea, problemas gastrointestinais, flatulência, diarreia, obstipação, vômito, disfagia, além de dor musculoesquelética e câibra muscular; Incidência abaixo de 1%, reações de hipersensibilidade, erosão esofágica com sangramento, febre, hipocalcemia (sintomática) e dor óssea e muscular (BRASIL, 2010)

3.2 Atenção Farmacêutica

Ao longo dos últimos 50 anos, todas as profissões vêm passando por várias transformações, em particular, a profissão farmacêutica, que vem vivenciando um avanço significativo nessas mudanças. Essas transformações foram estimuladas pelo desenvolvimento e expansão da mecanização farmacêutica e a padronização de formulações de medicamentos para descobertas de novos fármacos, o que quase levou a uma redução gradativa dos laboratórios magistrais das farmácias, até então atividade básica do farmacêutico, definida pela sociedade e profissional. Diante disso, o farmacêutico na farmácia era apenas um vendedor. Essa insatisfação levou estudantes e professores da Universidade de São Francisco (EUA), na década de 1960, a uma vasta reflexão que sucedeu ao movimento intitulado de “Farmácia Clínica”. Iniciando assim, a aproximação do farmacêutico ao paciente e aos outros profissionais da saúde, permitindo o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia (FREITAS et al.,2008).

Após o início do movimento da Farmácia Clínica, Mikeal et al. (1975) deram início a construção inconsciente do conceito de Atenção Farmacêutica, que só viria receber posteriormente. Em 1980, Brodie descrevia Cuidados Farmacêuticos como a prática profissional que “inclui a determinação da necessidade dos medicamentos necessários para uma situação individual e o fornecimento não só do medicamento, mas também dos serviços necessários (antes, durante e depois do tratamento) de modo a proporcionar uma segurança ótima e a efetividade da terapêutica”.

Foi em 1990 que Heppler e Strand ao publicarem o artigo “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care” patenteou que o envolvimento dos farmacêuticos na avaliação dos resultados clínicos produzidos pelos medicamentos colaborando para a redução da morbi-mortalidade relacionada com os mesmos. Surge assim, o conceito de que os Cuidados farmacêuticos tinham como objetivo principal auxiliar os doentes ao máximo benefício da sua medicação. No mesmo artigo, preconizam que na Atenção Farmacêutica, o farmacêutico participa ativamente da terapia farmacológica, implicando resultados positivos e uma melhor qualidade de vida para o paciente (SANTOS et al., 2006).

Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o farmacêutico como dispensador de atenção à saúde, podendo junto com outros profissionais de saúde promover a prevenção de enfermidades e a promoção da saúde (OMS, 1993).

Contudo, no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (BRASIL, 2002), buscando uma nomenclatura permanente, um dos grandes desafios à uniformização da terminologia da Atenção Farmacêutica no Brasil, apresenta como proposta de conceito:

“É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (BRASIL, 2002, P.16).

A partir da Proposta de conceito do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, foram citadas outras terminologias por vários autores, como sendo a atividade clínica para o farmacêutico que se baseia principalmente no acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes, buscando a obtenção de resultados terapêuticos desejados por meio da resolução dos problemas farmacoterapêuticos, tendo o paciente como ponto de partida para a solução dos seus problemas com os medicamentos (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Para o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002), todo processo de atenção Farmacêutica deve cercar as atitudes a respeito dos princípios de comunicação, conhecimentos técnico-científicos, habilidades e bioética. Buscando elementos constitutivos da prática da Atenção Farmacêutica, considerando como macrocomponentes: a) Educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos), b) Orientação farmacêutica, c) Dispensação, d) Atendimento farmacêutico, e) Acompanhamento/Seguimento Farmacoterapêutico, f) Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (BRASIL, 2002).

Segundo a OPAS (2002), a Atenção Farmacêutica é uma referência da prática farmacêutica elaborada para o encadeamento da Assistência Farmacêutica.

Considerado componente básico da Atenção Farmacêutica, o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AF) é a prática profissional em que o farmacêutico responsabiliza-se pelas necessidades do paciente relacionadas com o medicamento, o qual se realiza mediante a detecção de problemas relacionados à medicamentos (PRMs) para a prevenção e resolução de resultados negativos associados aos medicamento (RNMs) (BLATT et al., 2008).

Para Cipolle, Strand e Morley (2006), um PRM trata-se de qualquer evento indesejável apresentado pelo paciente que envolve ou suspeita-se que tenha sido causado pelo medicamento e que realmente ou possivelmente interfere em uma evolução desejada do mesmo. Para os autores, a interpretação das necessidades relacionadas com medicamento em problemas relacionados com a terapêutica farmacológica (PRMs) está descrita no quadro1 a seguir:

Quadro 2 – Classificação dos Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM).

Indicação	1. Necessidade de farmacoterapia adicional
	2. Farmacoterapia desnecessária
Efetividade	3. Medicamento incorreto
	4. Dosagem muito baixa
Segurança	5. Reação adversa ao medicamento
	6. Dosagem muito alta
Adesão	7. Adesão inapropriada

Fonte: Cipolle, Strand e Morley, 2006.

Uma vez identificado, cada PRM pode ser priorizado em função da sua urgência. O estabelecimento de prioridades depende da extensão do dano potencial que cada problema pode infligir sobre o paciente, percepção do paciente do dano potencial e rapidez com que este dano pode ser produzido. Tomadas estas decisões, o farmacêutico pode determinar os recursos que são necessários para resolver ou prevenir nos PRMs (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Os farmacêuticos estão em uma boa posição para monitorar o andamento do tratamento farmacológico, estando os PRMs presentes entre as consultas médicas e

a farmacoterapia, (ANDRADE et al., 2008), de modo que, o AF se torna ferramenta importante para reduzir erros de medicações, o que implica na eficácia do tratamento e na melhora da qualidade de vida. A utilização do AF como estratégia para a adesão do paciente ao tratamento é muito empregada no seguimento de pacientes com qualquer doença ou problema de saúde (STURARO, 2009).

Na realização do AF, inicialmente, o profissional traça o perfil do paciente e procura conhecer os medicamentos utilizados, as dificuldades que acompanham a farmacoterapia, as interações medicamentosas e os problemas relacionados a medicamentos presentes (ANDRADE et al., 2008). O acompanhamento farmacoterapêutico preconiza um atendimento mais humanizado, incluindo maior tempo de atenção ao paciente a fim de investigar a posologia, aspectos relacionados ao acesso, à adesão, à administração e ao armazenamento de medicamentos; identificar reações adversas e dificuldades que o paciente apresente para seguir a prescrição médica. Além disso, ajuda no monitoramento de parâmetros bioquímicos e fisiológicos como pressão arterial, glicemia e controle do peso (SÁ; FORTES, 2014).

O AF, como qualquer outra atividade de saúde, necessita de procedimentos de trabalho normatizados e validados através da experiência para ser realizado com a maior eficiência de modo a permitir avaliar o processo, mas, sobretudo os resultados (CUNHA et al., 2007).

3.2.1 Métodos Clínicos de Cuidado Farmacêutico

O sistema de atenção farmacêutica segue uma série de passos conhecida como método clínico, por sua vez inclui coletas de dados, identificação de problemas, implantação de plano de cuidado e seguimento do paciente. A classe farmacêutica tem domínio em medicamentos, portanto, é hábil a resolver problemas relacionados à farmacoterapia, com o objetivo de promover seu uso racional de medicamentos garantindo sua melhor efetividade e segurança (OTUKI; CORRER, 2011).

O método clínico da atenção farmacêutica é ímpar, o que muda são os procedimentos, problemas do paciente, a estratégia de cuidado seguido de etapas detalhadas de acordo, conseqüentemente, com as figuras 1 e 2:

Figura 1. Atributos da atenção farmacêutica segundo as condições do paciente

Condição	Duração do problema	Foco / Objetivos Terapêuticos	Prioridade no plano de cuidado	Duração do seguimento
Aguda	Limitada (dias, semanas)	Cura e alívio de sintomas	Alta. Requer ação imediata	Curto prazo. Focado na resolução do problema e na alta.
Crônica	Longo (> 3 meses, anos) e não auto-limitada	Controle e prevenção de complicações	Variável. Depende da presença de agravo e controle da condição	Longo prazo. Focado na estabilização e no suporte ao autocuidado.

Fonte: OTUKI; CORRER, 2011.

Figura 2. Atributos gerais de atenção farmacêutica do paciente



Fonte: OTUKI; CORRER, 2011.

Dentre os métodos adotados para a realização do acompanhamento farmacoterapêutico, destaca-se o método com dados Subjetivos (S), Objetivos (O), Avaliação (A), Plano de Cuidado(P) (SOAP), Pharmacists Workup of Drug Therapy zaza(PWDT); Therapeutic Outcomes Monitoring (TOM) e o Método Dáder. O Pharmacotherapy Workup (PW) e o Método Dáder são os mais utilizados pela literatura (PINHEIRO, 2010).

3.2.1.1 Método Dáder

O método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) foi desenvolvido pelo grupo de investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada

(Espanha), em 1999 e, atualmente, centenas de farmacêuticos em diversos países vêm utilizando esse método com seus usuários de medicamento. Esse método baseia-se na obtenção da história farmacoterapêutica do doente, isto é, nos problemas de saúde que se apresentam com os medicamentos que utiliza e na avaliação do seu estado numa determinada data, de forma a identificar e resolver os possíveis PRMs que o doente apresenta (Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, 1999).

Após essa identificação, realizam-se as intervenções farmacêuticas necessárias para resolver os PRMs e, posteriormente, avaliam-se os resultados obtidos. Para Meneses e Sá (2010) o método Dáder seria recomendado por ser um método mais abrangente na análise, no plano de seguimento, na adequada avaliação e por dar ênfase às preocupações do usuário e aos PRMs. Na figura 3 podem ser visualizadas as fases de seguimento farmacoterapêutico do método dáder.

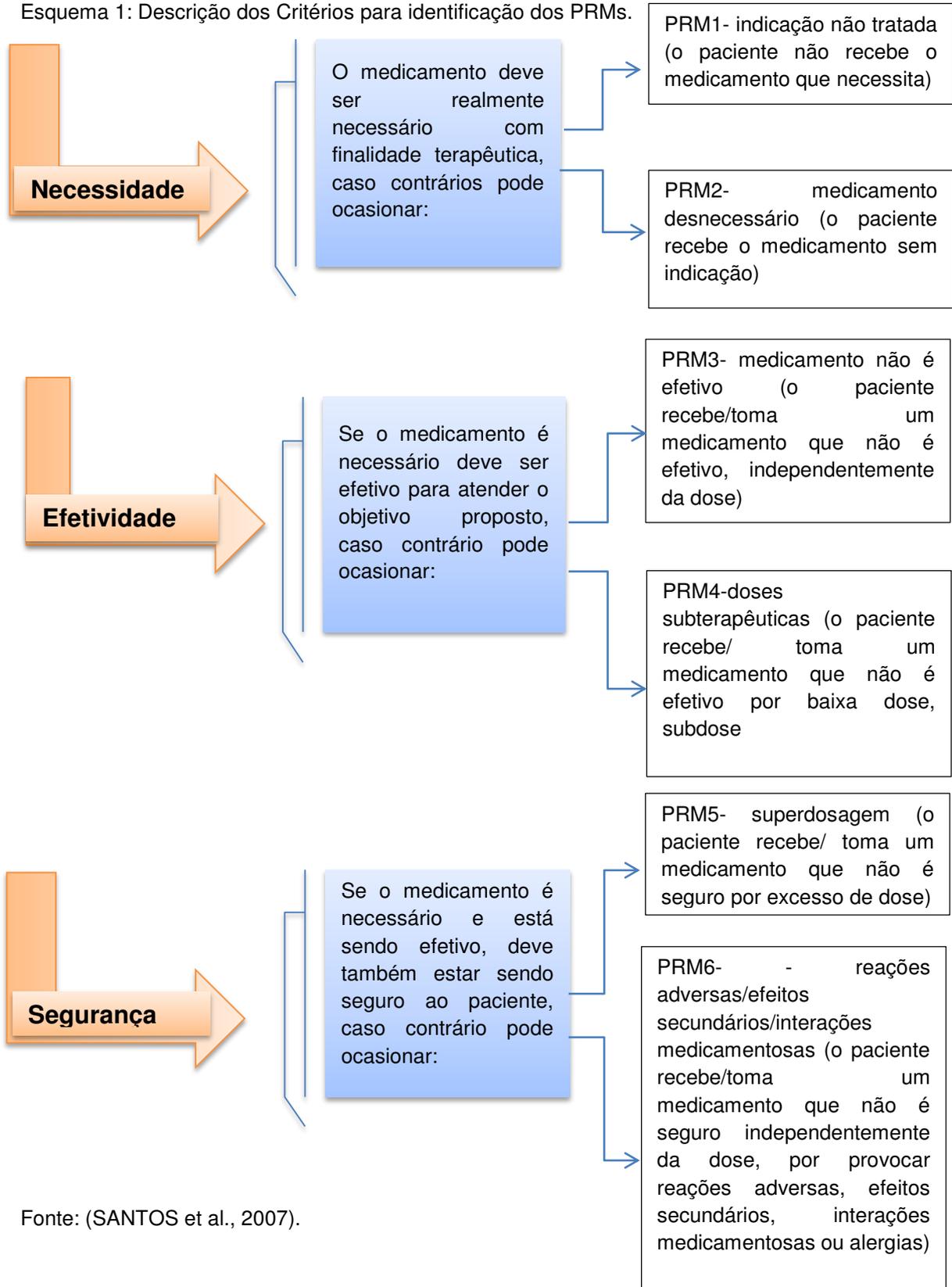
Figura 3. Fases do método Dáder de seguimento farmacoterapêutico (SFT)



Fonte: Meneses; Sá, 2010.

Segundo a metodologia Dáder, a farmacoterapia atende alguns critérios que podem identificar os PRMs, como mostram o esquema a seguir:

Esquema 1: Descrição dos Critérios para identificação dos PRMs.



Fonte: (SANTOS et al., 2007).

Outra particularidade do método Dáder reside na valorização da etapa de avaliação das informações em conjunto com a fase de estudo, viabilizando uma análise mais sensata da literatura, ao passo que no Pharmacotherapy Workup (PW) é mais elaborado a fase de planejamento dos cuidados que serão ofertados ao paciente (CASTRO, 2004).

3.2.1.2 Método PW

Em 1988, Cipolle e colaboradores trabalhando na Universidade de Minnesota desenvolveram a partir do modelo por Weed, modelo este que desenvolve um raciocínio clínico e sistema de documentação adaptada à prática farmacêutica, o primeiro método clínico específico para prática farmacêutica, Pharmacists Workup of Drug Therapy (Estudo Farmacêutico da Terapia Medicamentosa), buscando artifícios que colaborassem para prática de um novo modelo. Após algumas transformações, atualmente o método é nomeado Pharmacotherapy Workup (PW), sendo também conhecido como modelo de Minnesota (CIPOLLE et al.; 2000).

O PW foi empregado para farmácias comunitárias, sendo cabível para qualquer usuário. Sua aplicação dá-se através de três etapas cíclicas e contínuas: avaliação, desenvolvimento de um plano de cuidado e o acompanhamento da evolução do paciente (HURLEY, 1998).

3.2.2 Etapas para aplicação do método

(a) Avaliação

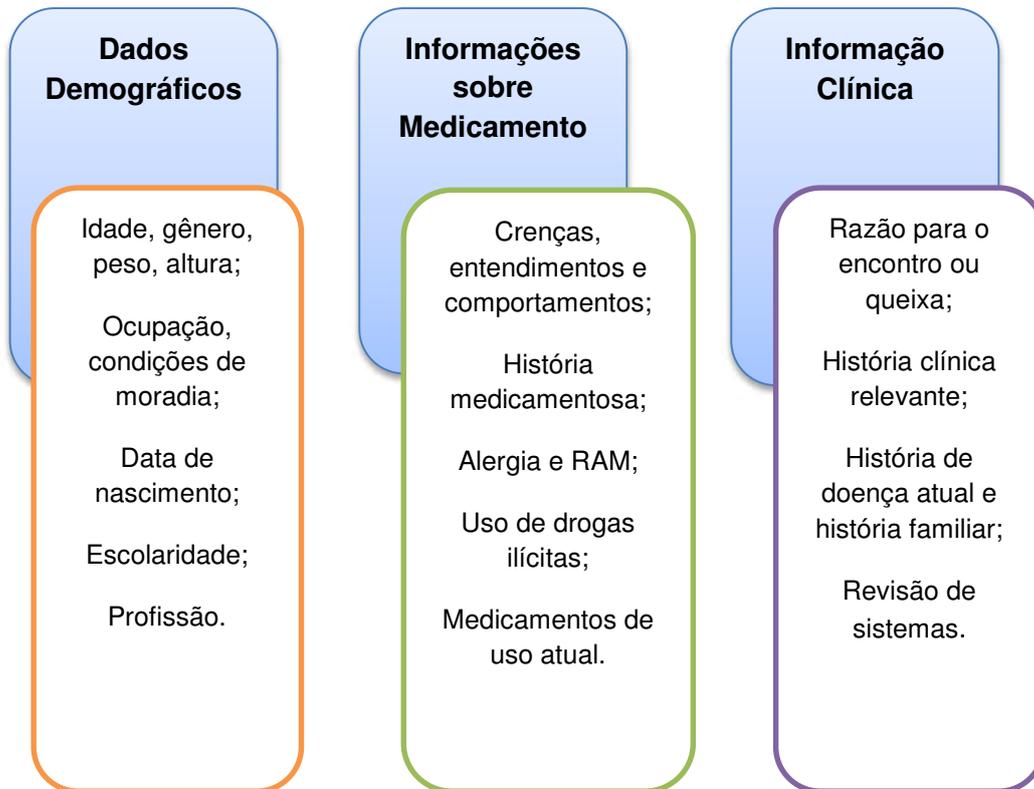
Nesta etapa são recolhidas informações que permitam apurar a necessidade, efetividade e segurança da farmacoterapia em uso e se há existência de PRM, além de perceber e verificar se há adesão do paciente ao tratamento (Tabela 1 e figura 4).

Quadro 3: Atividades e responsabilidades do farmacêutico na fase de avaliação da farmacoterapia.

ATIVIDADES	RESPONSABILIDADES
Conhecer o paciente	Construir uma relação terapêutica
Tomar decisões racionais sobre a farmacoterapia	Determinar quem é o paciente, sua queixa principal, suas preocupações e expectativas
Solicitar informações relevantes sobre o paciente	Tomar decisões racionais sobre a farmacoterapia

Fonte: CIPOLLE et al., 2004.

Figura 4. Dados a serem coletados na Avaliação Inicial do acompanhamento farmacoterapêutico



Fonte: (CIPOLLE et al., 2004)

Essa fase é a mais demorada e consome mais tempo, pois todo registro é feito em um formulário de três páginas (Anexo A).

Nessa mesma fase é que se faz o raciocínio clínico para determinar os PRM, por do qual se faz as interrogativas:

- ✓ O paciente tem indicação para cada umas das suas terapias medicamentosas e cada uma das suas indicações estão sendo tratadas com a terapia medicamentosa?
- ✓ Essas terapias medicamentosas são eficazes para sua condição sua médica?
- ✓ As terapias medicamentosas são seguras quanto possíveis?
- ✓ O paciente é capaz e desejoso de estar em conformidade com as terapias medicamentosas como foram indicadas?

Avalia-se também quanto ao medicamento desejável ou não, dose, adesão e reação adversa como mostra o quadro 2 seguinte (STRAND et al., 2004).

Quadro 4: Possíveis causas para o surgimento de PRMs.

Medicamento desnecessário	Não há indicação Clínica; Uso recreacional;	Medicamento Inefetivo	Produto inapropriado; Presença de contraindicação;
	Terapia não farmacológica mais apropriada;		Medicamento não indicado para condição;
	Terapia dupla;		Condição refratária ao medicamento;
	Tratamento de reação adversa evitável.		Medicamento mais efetivo disponível.
Dose Baixa	Dose Inefetiva;	Dose Alta	Dose alta;
	Frequência e duração inapropriada;		Frequência muito curta;
	Administração;		Duração longa;
	Armazenamento incorreto;		Interação medicamentosa;
	Efeito Indesejável.		
Reação Adversa	Medicamento não seguro para o paciente;	Não Adesão	Paciente esquece-se de tomar; Produto não acessível ao paciente;
	Reação alérgica; Administração incorreta;		falta de acesso ao medicamento;
	Interação medicamentosa;		Impossibilidade de tomar, administrar o produto; paciente prefere não tomar;
	Efeito indesejável.		não compreensão das instruções;
Necessidade de Medicamento Adicional			
Condição não tratada;			
Terapia sinérgica;			
Terapia preventiva.			

Fonte: STRAND et al., 2004.

(b) Plano de Cuidado

Nessa etapa, será elaborado um plano de cuidado, para resolver os PRMs encontrados na avaliação dos pacientes, impor metas terapêuticas a serem almeçadas, e prevenir o aparecimento de novos PRM, sendo todas essas ações de acordo com o paciente. É no plano de cuidado que se dá início e se decide o processo do acompanhamento da evolução. Cada plano é registrado em um formulário de uma página (CIPOLLE, et al., 2004).

(c) Acompanhamento da evolução do paciente

Do mesmo modo que há registro para o plano de cuidado deve ser procedido o acompanhamento da evolução do paciente. Esta é terceira e última etapa, onde vai avaliar os resultados obtidos através da implantação do plano de cuidado, surgimento de novos PRM ou novos problemas associados à saúde, além de perceber os sucessos ou fracassos alcançados ou os que ficaram a desejar. Nessa etapa são realizadas as interferências farmacoterapêuticas com usos de indicação ou sugestão de uma nova terapia por meio de um encaminhamento ao médico responsável pela terapia passada, se preciso.

O Encaminhamento deve ser de modo orientado e compreensivo para o paciente e que possam seguir suas orientações, além de garantir a compreensão para outro profissional (Anexo B) (BRASIL, 2013).

3.2.2.1 Conceitos e Classificação de PRM usado pelo método PW

Em 1990, os autores do método PWDT foram os primeiros a definir e classificar os PRM (MONTE; MOREIRA, 2005). O grupo Minnesota, define os PRM como qualquer evento indesejável que o paciente apresente, que envolta ou que suspeita, que interfere de forma real em uma evolução desejada do paciente (CIPOLLE, 2004).

Os PRM foram classificados em sete classes de acordo com os parâmetros de necessidade, efetividade, segurança e adesão como mostra a Tabela 2 (STRAND, 2004).

Quadro 5: Classificação dos Problemas Farmacoterapêuticos de acordo com o grupo Minnesota

CLASSIFICAÇÃO	PROBLEMA FARMACOTERAPÊUTICO
Necessidade	PF 1: Necessita de tratamento farmacológico adicional PF 2: Tratamento farmacológico desnecessário
Efetividade	PF 3: Medicamento inadequado PF 4: Dose do medicamento inferior à necessidade
Segurança	PF 5: Dose do medicamento superior à necessidade PF 6: Reação Adversa aos medicamentos
Adesão	PF 7: Adesão inapropriada ao tratamento farmacológico

Fonte: STRAND et al., 2004.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, sendo um método de pesquisa que visa analisar as variações nas características dos mesmos elementos amostrais ao longo de um longo período de tempo; descritivo, de abordagem qualitativa de forma a compreender os objetos “em profundidade”, sendo-lhe atribuída a análise qualitativa das informações. O estudo qualitativo é realizado a partir de entrevistas individuais ou de discussões de grupos e, sua análise, é verticalizada em relação ao objeto de estudo.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de abril a dezembro de 2016 na Farmácia Básica do município de Cuité-PB, localizado no Curimataú paraibano, com uma população de 20.337 habitantes (IBGE, 2016). O município possui dez (10) estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial e atendimento médico em várias especialidades, incluindo reumatologista (IBGE, 2009).

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por usuários cadastrados na Farmácia Básica do município de Cuité – PB. Estavam cadastradas cento e setenta e nove pessoas (179) em uso de alendronato de sódio. Dessas, cento e cinco (105) eram residentes na área rural e 74 na área urbana.

Foram incluídas mulheres acima de 18 anos e que receberam o alendronato de sódio na farmácia básica e que aceitaram participar do acompanhamento farmacoterapêutico. Foram excluídos do estudo as mulheres que não atenderem aos critérios de inclusão, sendo a amostra composta por 04 usuárias.

4.4 Procedimento de coleta de dados

O estudo aconteceu a partir da dispensação de alendronato de sódio na Farmácia Básica, quando foi oferecido o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico às usuárias. Em seguida, foram marcados até 5 (CINCO) encontros com as usuárias, a fim de realizar o seguimento. Utilizando o Pharmacotherapy Workup of Drug Therapy (PWDT) foram identificadas as variáveis sócio econômicas das usuárias, os PRMs e as intervenções farmacêuticas. Também foi realizada uma entrevista com as usuárias a fim de obter a percepção das mesmas acerca do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico.

A coleta de dados foi realizada através de visita domiciliar às participantes do estudo. Foi utilizado o método Pharmacotherapy Workup of Drug Therapy (PWDT) (Anexo C). As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro de entrevista (Apêndice A).

Durante as visitas domiciliares, as usuárias foram orientadas sobre o uso do medicamento, uso da suplementação de vitamina D, realização dos métodos não medicamentosos como a prática de exercícios físicos, bem como o acompanhamento clínico e sua evolução.

4.5 Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram apresentados em números absolutos. As entrevistas das acompanhadas foram gravadas e transcritas na íntegra,

permanecendo a peculiaridade de cada uma, indagando no tema e questões específicas de interesse na entrevista, além da própria realidade do estudo.

4.6 Considerações Éticas.

O presente estudo segue a Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP/HUAC), sob o autorização do CAAE com parecer de número 347.900. E o sigilo e o termo de consentimento livre e esclarecido estão em Apêndice B.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho foi realizado com quatro (04) pacientes do sexo feminino, cuja média de idade foi de 68 anos. Das quatro usuárias, três delas possuíam ensino fundamental incompleto e a outra era não alfabetizada. As usuárias declararam possuir uma renda média de dois (02) salários mínimos (Tabela 3).

Tabela 1. Características sócio demográficas e econômicas das pacientes em AF em tratamento de osteoporose na Atenção Básica

Sexo	Feminino	4
Idade	m= 68 anos	3
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	3
	Não alfabetizada	1
Renda	Até 1 salário mínimo	1
	2 salários mínimos	2
	Mais de 2 salários mínimos	1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

De acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), em Cuité, 1050 (um mil e cinquenta) mulheres correspondiam a esse perfil socioeconômico, representando 5,16% da população aposentada no município.

Apenas três (03) usuárias completaram o acompanhamento farmacoterapêutico, havendo uma (01) desistência durante a orientação.

Durante o trabalho foram realizadas até cinco (05) visitas por pacientes com uma frequência de até 2 meses de intervalo uma da outra. O conflito de horário foi a maior dificuldade para os encontros nos domicílios.

Vários medicamentos eram usados de forma contínua pelas pacientes para várias morbidades autorreferidas, dentre essas: reumatismo, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, alergias, insônias, problemas cardíacos e osteoporose. Para cada paciente havia uma média de 06 medicamentos em uso, totalizando 14 tipos de medicamentos (Quadro 4).

Quadro 6- Medicamentos em uso pelas pacientes acompanhadas e suas respectivas indicações, abril a dezembro, 2016.

INDICAÇÃO	N Usuárias	MEDICAMENTOS
Osteoporose	4	Alendronato de sódio 70mg Colecalciferol + polivitamínico + carbonato de cálcio (Calcitran D3 600mg)
Reumatismo	1	Prednisona 5mg Sulfato de Hidroxicloroquina 400mg
Dislipidemia	2	Sinvastatina 10mg
Alergias	1	Dexclorfeniramina 2mg/5ml
HAS	4	Atenolol 25mg Furosemida 20mg Hidroclorotiazida 25 mg Losartana Potássica 25mg
Insônia	2	Diazepam 10mg Fenobarbital 100mg
Problemas Cardíacos	2	Ácido acetilsalicílico 100mg Pregabalina 75mg

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Estudo realizado por Galato e colaboradores (2010) relata que a polimedicação em idosos é um fato que leva a um aumento nos perigos relacionados à PRMs, proporcionando assim, interferências no resultado de saúde esperado do paciente em terapia. Com o passar dos anos alguns fatores fisiológicos, como perda da massa muscular, mecanismos homeostáticos e a capacidade de filtração e de excreção podem ficar comprometidos, passando a dificultar a excreção, eliminação e metabolização de drogas, acarretando acúmulos de substâncias tóxicas no organismo

e tendo como consequências o surgimento de efeitos adversos, além disso, o uso de vários medicamentos simultâneos pode levar o idoso ao uso inadequado dos mesmos.

Durante o acompanhamento, duas (02) das quatro (04) pacientes realizaram exames laboratoriais solicitados pelos médicos que as acompanhavam. Nestes exames foram obtidos os seguintes resultados (Quadro 5):

Quadro 7- Resultados dos exames laboratoriais das pacientes acompanhadas, abril à dezembro, 2016.

EXAMES	PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO		
	J.F	M.C	H.D
Triglicerídeos	212mg/dL	141mg/dL	X
Colesterol total	390mg/dL	234mg/dL	X
Colesterol HDL	98mg/dL	58mg/dL	X
DMO (coluna lombar I1-I4)	X	X	-1,5 desvio padrão
Fêmur proximal direito	X	X	- 1,4 desvio padrão

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Mesmo já estando com os resultados, as pacientes tiveram dificuldades de apresentar aos médicos que as acompanhavam, como relata a paciente M.C (69 anos) *“para encontrar o médico é difícil e pra pegar uma ficha pra consulta também é difícil”*, o que evidencia a existência de barreiras que enfrentam para o acesso de serviço de saúde no município, o que gera uma insatisfação e espera no atendimento (J.F, 66 anos).

Viegas e colaboradores (2015) mostram que desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) os usuários estão insatisfeitos com a oferta de serviços prestados, constituindo assim, dificuldade para o acesso de serviços de saúde dos usuários que necessitam desse atendimento, tornando, sobretudo ainda um desafio para quem necessite desses serviços.

A partir dos resultados dos exames laboratoriais, os médicos prescreveram o tratamento farmacológico com estatinas (sinvastatina 20mg) para ajudar na redução dos lipídeos e recomendaram uma dieta balanceada para eficácia no tratamento. A dieta prescrita para as pacientes com informação incompreensível, informação descrita pelas pacientes durante o AF, fez as mesmas alimentar-se de forma indisciplinar, dessa forma, não havendo uma efetividade esperada no tratamento das dislipidemias (XAVIER et al., 2013).

Consequência da dificuldade de acesso de serviços de saúde foi representada pela ausência dos exames que diagnosticam a osteoporose como confirmação da patologia, insatisfação dessa que foi relatada por três (03) pacientes no acompanhamento:

“Não possuo exame que comprovem o diagnóstico de osteoporose porque é difícil conseguir uma ficha pra ser atendida pelo médico, e quando somos atendidas, eles não passam exames, temos que sempre pedir, e mesmo pedindo eles não passam, falam que os sintomas já comprovam a doença. Por isso que não tenho nenhum” (M.C, 69 anos).

“Não possuo exames que comprovem o diagnóstico da osteoporose porque quando o médico passou pra mim fazer, onde só é feito em Campina Grande, eu fui tentar uma vaga no hospital lá, sendo que ia demorar muito devido a quantidade de gente que já estava na minha frente, voltei outras vezes e nunca conseguia, então acabei não indo mais, já que o médico tinha já passado o tratamento, não ia mais ficar insistindo nessa dificuldade” (J.F, 66 anos).

“Não tenho os exames que comprovam a osteoporose porque aqui no município de Cuité não faz esses exames, e em Campina Grande é muito difícil conseguir uma ficha no hospital para realizar esse tipo de exame, e quando conseguimos a demora é grande pra conseguir fazer” (E.D, 64 anos).

A dificuldade e o elevado custo do tratamento para o sistema de saúde tornam-se impertinentes para a construção de medidas preventivas de fraturas osteoporóticas capazes de amparar as pacientes durante o tratamento da osteoporose (BRASIL, 2014).

Em relação ao acompanhamento farmacoterapêutico, foram identificados os PRM7 (adesão inapropriada ao tratamento) e PRM 6 (reação adversa ao tratamento) (Tabela 3).

Tabela 2. Problemas Relacionados a Medicamentos identificados para cada paciente, abril-dezembro, 2016.

PACIENTE	PRM ENCONTRADOS
E.D	Adesão inapropriada ao tratamento
H.R	Segurança (apenas no início do tratamento)
J.F	Adesão inapropriada ao tratamento e Segurança
M.C	Adesão inapropriada ao tratamento e Segurança

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O principal PRM identificado foi o PRM7, tendo em vista que a maioria possuía dificuldades de adesão ao tratamento. De forma a minimizar o PRM7 (adesão inapropriada ao tratamento) foram feitas intervenções de acordo com as necessidades de cada uma delas. O esquecimento era uma dos maiores relatos pelas acompanhadas, devido o uso contínuo de vários medicamentos. Assim, foi criado para cada paciente um depósito organizador de medicamentos com todos os medicamentos em uso com seus horários e dias, como mostra a figura 5:

Figura 5. Intervenção farmacêutica 1 - depósito organizador dos medicamentos.



Fonte: Arquivo da autora, 2016.

Os depósitos ajudaram as pacientes a fazer o uso dos seus medicamentos contínuos, pois foi colocado em lugar visível para que sempre se lembrassem de tomar os medicamentos nos horários e dias certos. Para a paciente não alfabetizada, os medicamentos foram colocados em envelopes coloridos para identificação (Figura 6).

Figura 6. Intervenção farmacêutica 2 - organização dos medicamentos por cores.



Fonte: Arquivo da autora, 2016.

A partir dessa intervenção, observou-se melhoria no relato da adesão ao tratamento farmacológico, por ter permanecido em local visível. As usuárias declararam que ao verem o depósito, tomavam o primeiro medicamento do dia e após isso elas sempre observavam os horários dos outros medicamentos no decorrer do dia, o que ajudou a uma melhor adesão ao tratamento, diminuindo assim o esquecimento.

Contudo, percebe-se que mesmo com as intervenções realizadas para melhorar a adesão ao tratamento, não houve controle da pressão arterial das pacientes, o que pode ser atribuída ainda à polimedicação, pois continuava sendo ainda um problema para inefetividade no tratamento das morbidades (quadro 6):

Quadro 8- Parâmetros da pressão arterial das pacientes por visitas domiciliares, abril – dezembro, 2016.

PACIENTE	PARÂMETROS DA PA POR VISITA				
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
E.D	15x9 mmHg	14x9 mmHg	13x7 mmHg	13x9 mmHg	15x9 mmHg
H.R	11x7 mmHg	11x8 mmHg	11x7 mmHg	11x9 mmHg	
J.F	15x8 mmHg	14x9 mmHg			
M.C	12x7 mmHg	15x9 mmHg	12x8 mmHg	12x7 mmHg	12x7 mmHg

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Todas as pacientes apresentaram PRM de segurança (PRM6), relatando-se mal estar ao deglutir o alendronato de sódio em jejum. Ressaltando que, ao longo do

acompanhamento elas compartilharam que tomavam o medicamento com pouca água.

Ao longo do uso do alendronato de sódio algumas reações adversas podem surgir durante o tratamento, entre elas a esofagite, ou seja, uma inflamação na parte superior da mucosa gastrintestinal, causando assim um mal-estar ao deglutir o medicamento, isso sendo causada na maioria das vezes pela forma incorreta da ingestão do medicamento: ingestão com um copo cheio de água (não utilizar outros líquidos como café, sucos, leites), para que o medicamento chegue diretamente ao estômago e assim diminuir o potencial de inflamação da esofagite, com 30 minutos antes da primeira refeição e deitar pelo menos 30 minutos após a ingestão (MENEZES et.al, 2009).

Diante desse problema para as pacientes, o plano de cuidado para cada paciente baseou-se na orientação da forma correta para melhor segurança e adesão ao tratamento. Foram avaliadas as formas que antes elas faziam a ingestão do alendronato de sódio, observando-se que havia a ingestão insuficiente de água. Uma usuária informou que para minimizar esse incômodo teria já tomado com leite ou outro líquido sem ser água. Feita a orientação, nas visitas seguintes as usuárias informaram que passaram a ingerir o medicamento da forma correta e tiveram como resultado a redução do mal estar que sentiam ao deglutir. Como J.F de 66 anos relata:

“Antes não conseguia tomar o remédio em jejum porque passava mal, e tomava com pouca água, após o acompanhamento que você fez comigo, tive a informação de tomar com bastante água, a qual fez e diminuiu muito o mal-estar ao engolir o comprimido” (J.F, 66 anos).

Com relação ao tratamento não farmacológico, uma das pacientes caminhava todos os dias que possível, e as outras três não praticava nenhuma atividade física. Sabe-se que a prática de atividades físicas é de suma importância para preservação da densidade mineral óssea e para o tratamento da osteoporose. Estudos mostram que exercícios como corridas, caminhadas, exercícios de equilíbrio e coordenação apresentam benefícios e melhorias múltiplas no tratamento de osteoporose, diminuindo a perda óssea e fortalecendo a musculatura, prevenindo assim futuras fraturas decorrentes de quedas (BORGES; SANTOS, 2010).

Para contribuir com o tratamento não farmacológico, cada paciente foi orientada a praticar uma atividade física, para dar efetividade ainda mais ao tratamento de osteoporose. As mesmas foram orientadas a caminhar no mínimo trinta (30) minutos diariamente após o uso do alendronato de sódio, para que pudessem absorver a vitamina D da luz solar (BRASIL, 2014). Além de fazer mudanças nos hábitos alimentares, acrescentando em suas dietas peixes, ovos, fígado, feijão, leite e seus derivados, como também folhas verdes, brócolis e espinafres.

A paciente que possuía um cuidador não passava por esta dificuldade. Visto que correntemente, a família é à base de suporte a qual recorrem para resolução de problemas. É neste contexto que se evidencia a necessidade de participação familiar para dar suporte às dificuldades encontradas pelos idosos, para que os mesmos não abandonem o tratamento, já que a vida em família influencia à promoção da saúde de seus membros (CONTIEIRO et. al.; 2009).

O consumo de medicamentos é algo bem complexo, principalmente voltado para a faixa etária de idosos, devido à fragilidade e inúmeras morbidades que algumas apresentam, passando ao uso de mais de um medicamento, podendo haver a existência de interações medicamentosas se não forem bem orientadas ou acompanhadas. A presença de um farmacêutico no tratamento fomenta a segurança e eficácia na terapia medicamentosa dos pacientes, a qual isso pôde ser colocado e visto em prática no decorrer de todo esse trabalho com a colaboração e contribuição das pacientes durante todo o acompanhamento com elas (GALATO, et al. 2010; REVISTA BRASILEIRA DE FARMÁCIA, 2016).

Corroborando tudo o que foi feito neste trabalho, temos como resultado os relatos das pacientes no desfecho do acompanhamento sobre a importância do papel do farmacêutico durante o trabalho realizado e o que somaram na vida delas:

“É muito importante que o farmacêutico nos acompanhe, pois tira nossas dúvidas sobre os remédios que tomamos, além de nos esclarecer tudo sobre a osteoporose e os problemas de saúde que tenho, e isso hoje eu estou sabendo” (M.C, 69 anos).

“É importante demais o que o acompanhamento do farmacêutico, pois faz o papel que o médico deveria fazer quando passa o remédio, e só durante o acompanhamento que tive orientações sobre de como fazer o tratamento correto da osteoporose, além de que me orientou a forma correta do uso de todos os meus remédios” (J.F, 66 anos).

Entre as limitações do trabalho está a pequena amostra, porém por se tratar de abordagem qualitativa, não invalida a importância do trabalho. Outro importante fator limitante pôde-se atribuir a falta de um trabalho multidisciplinar, o que dificultou a aceitação das usuárias da Farmácia Básica em participar do acompanhamento, tornando algo fora do cotidiano para as mesmas. Salienta-se que em algumas vezes, houve dificuldade de encontra-las em casa, apesar desse obstáculo, não houve dificuldades em interação com o serviço da saúde e durante o período de desenvolvimento do trabalho não se verificou falta dos Medicamentos na Farmácia Básica.

6. CONCLUSÕES

Diante da experiência das usuárias, percebeu-se a dificuldade na resolutividade dos serviços de saúde e a importância da necessidade da implantação efetiva da atenção básica para os usuários, tendo em vista os relatos de dificuldade de acesso a exames e consultas médicas.

A partir do acompanhamento farmacoterapêutico, foram identificadas a adesão inapropriada e a insegurança como principais problemas relacionados a medicamentos e para diminuir esses PRMs foi implantado depósitos organizadores de medicamentos afim de aderir as usuárias ao tratamento, minimizando o esquecimento. Sendo possível assim, contribuir na sensibilização quanto ao uso adequado e correto dos medicamentos e aos problemas relacionados ao seu mau uso, destacando assim a importância da atuação do farmacêutico no cuidado à saúde.

Desta forma, o farmacêutico sendo o responsável pelo cuidado e atenção, por meio de ações, orientações terapêuticas e implantações de terapias alternativas e complementares, estabelece uma relação de comprometimento, respeito e confiança com as usuárias, promovendo assim, a prevenção, identificação, resolução de problemas relacionados à farmacoterapia e uma adesão do paciente ao tratamento, buscando efetivamente uma melhoria na vida e saúde dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. M.; CESANA, E.S.; FERREIRA, N.G.; VITÓRIA, E.L.; ANDRADE, T.U. Identificação de Problemas Relacionados com Medicamentos nos Pacientes com Síndrome Metabólica Atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Vila Velha – ES. **Revista Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. V. 28, n.3, p. 291 - 299, 2008.

ANDRADE, M. A.; DA SILVA, M. V. S.; FREITAS, O. F. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos, 2004. Acesso em: 13 de agosto de 2016.

BELCHIOR, A. C. G. et al. O uso do alendronato de sódio na osteoporose, **ConScience Saúde**. p.309-315, 2009.

BLATT, C. R.; PINTO, L. C.; BEVILACQUA, G.; FOPPA, A. C. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas**, v.44, n.4, out/dez, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº586, de 29 de agosto de 2013. **Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências**. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**, Brasília- DF, setembro de 2013. Seção 1, p.136-8, 2013.

BRASIL. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, Proposta 2002**. P.16, Brasília- DF, setembro 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional 2010**. RENAME 2010, 2ª edição; p. 380-382; Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Bulário Eletrônico 2013**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp. Acesso em 06 de dezembro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Osteoporose, Portaria SAS/MS nº 451, de 09 de junho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 21p, 2014.

CAMARGO, E. P.; MINOSSO, M.; LOPES, L. C. Caracterização do uso de alendronato de sódio no tratamento de osteoporose por clínicos da rede privada de duas cidades do interior de São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica Aplicada**. vol. 28, nº. 1, p 77-83, 2007.

CASTRO, M. M. S.; FAUS, M. J. Método Dáder. Manual de Seguimento Farmacoterapêutico (versão em português europeu). 3ª. Ed: Grupo de Investigação em Cuidados Farmacêuticos da Universidade Lusófona – Grupo de Investigación em Atención Farmacéutica (Universidade de Granada), 2009.

CASTRO, M. C. Atenção farmacêutica: efetividade do seguimento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos não-controlados, 2004. Tese (Doutorado em Medicina Clínica Médica) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2004.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. O exercício do cuidado farmacêutico. Tradução: Denise Borges Bittar; Revisão Técnica: Arnaldo Zubioli. **Brasília: Conselho Federal de Farmácia**, 2006.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **El ejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill Intemericana, 2004.

Consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. **Pharmaceutical Care Espanha**, Madrid, vol. 1, nº 1, p. 107-112, 1999.

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

COSTA-PAIVA, L.; HOROVITZ, A. P.; SANTOS; FONSECHI-CARVASAN, G. A.; PINTO-NETO, A.M. Prevalence of osteoporosis in postmenopausal women and association with clinical and reproductive factors. **Rev. Bras. Ginecol Obstet**. [periódico online] 2003. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000200007 Acesso: 07 de novembro de 2016.

CONTIERO, A. P; POZATI, M. P. S.; CHALLOUTS, R., CARREIRA, L; MARCON, S.S. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia

Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, Porto Alegre (RS). Março de 2009;30(1):62-70, 2009.

ESPEJO, J.; FERNÁNDEZ, L. F.; MACHUCA, M.; FAUS, M. J. Problemas relacionados con medicamentos: definición y propuesta de inclusión en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) de la WONCA. *PharmCareEsp*; 4(2): 122-127, 2002.

FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. vol.44, nº4. Out/dez de 2008. São Paulo, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400006 Acesso em 13 de agosto 2016.

GALATO, D.; SILVA, E. S. S.; TIBURCIO, L. S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciências em Saúde Coletiva**. vol.15 nº6 Rio de Janeiro Setembro de 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600027 Acesso em 06 de janeiro de 2017.

GERIATRIA E GERONTOLOGIA, **Órgão Oficial de Publicação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. vol. 4, nº 3, Jul/Ago/Set de 2010.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA UNIVERSIDAD DE GRANADA. III Consenso de Granada. Atención-farmacéutica em internet. Disponível em <<http://www.atencionfarmaceutica.com>>. Acesso em: 13 de agosto 2016.

HURLEY, S. C. A: method of documenting pharmaceuticalca reutilizing pharmaceutical diagnoses. College of Pharmacy, Idaho State University. Disponível em: <http://otc.isu.edu/-hurley/phmdrome.pdf>. Acesso em 04 de novembro de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Brasil, 2016. Disponível em:<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250510&search=||infoogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em 19 de dezembro de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Brasil, 2009.

Disponível em

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=250510&idtema=5&search=paraiba|cuite|servicos-de-saude-2009>. Acesso em 19 de dezembro de 2016.

KOMATSU, R. S.; SIMÕES, M. F. J.; RAMOS, L. R.; SZEJNFELD, V. L. Incidência de fraturas do fêmur proximal em Marília, São Paulo, Brasil, 1994 e 1995. **Revista Brasileira de Reumatologia**. V. 39: p.325-331, 1999.

MENEZES, F. G.; ANDRADE, S. T.; GREGO, K. V.; NASCIMENTO, J. W. L. Esofagite Química e Ulcerações Esofágicas Associadas ao uso de Alendronato de Sódio, **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 13, n.1, P. 21-25 2009 ISSN 1415-2177, São Paulo, Brasil, 2009.

MIKEAL, R. L.; BROWN, T. R.; LAZARUS, H. L.; VINSON, M. C. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. *Hosp. Pharm.*, v.32, n. 6, p.567-574, 1975.

MONTE, A. M. **Medicamentos na Prática da Farmácia Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NIH - Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* 285: 785-95, 2001.

OLIVEIRA, L. G.; GUARNIEIRO, R. Osteoporose: atualização no diagnóstico e princípios básicos para o tratamento. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v. 39, n. 9, Setembro, 2004.

OPAS. Organização Pan- Americana de Saúde. **Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando caminhos**: relatório 2001-2002. Disponível em URL: <http://www.opas.org.br/MEDICAMENTOS/docs/Relatorio20012002.pdf> acesso em 07 de novembro de 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del farmacéutico en la atención a la salud**: declaración de Tokio. Ginebra, 1993.

OTUKI, M. F.; CORRER, C. J. MÉTODO CLÍNICO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, **Revista Pan-Amazônica de Saúde**; 2(3):XX-XX, Março/2011.

PINHEIRO, R. M. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**. v.4, n.3, 2010.

RADOMINSKI, S. C; PINTO, N. A. M.; MARINHO, R. M; COSTA, PAIVA L. H. S; PEREIRA, F. A. S; URBANETZ, A. A; FERRARI, A. E. M; BARACAT, E. C. REVISTA BRASILEIRA DE FARMÁCIA, **Brazilian Journal of Pharmacy**, v. 97, n.01, Brasil jan/ abril de 2016.

REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, Osteoporose em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v.44, n.6. São Paulo Nov./Dec. de 2004.

ROSA, G.R; CAMARGO, E. A. F. Polimedicação em idosos. **Interciência & Sociedade**. v.3, n.2, 2014.

SANTOS, A. C.; PEREIRA, D. A.; SILVA, O. A.; LOPES, L. C. Seguimento farmacoterapêutico com tuberculose pulmonar através da Metodologia Dáder. **Revista de Ciências Básica Aplicada**, v. 27, n.3, p 269-273, ISSN 1808 4532, 2006.

SANTOS, M. L.; BORGES, G. F. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**; 23(2):289-99, Coari, AM – Brasil, abr/jun de 2010.

SOUZA, M. P. G. Diagnóstico e Tratamento da Osteoporose. *Revista Brasileira de Ortopedia*. v.45, n.3. p.220-9, 2010.

STRAND, L. M.; CIPOLLE, R. J.; MORLEY, P. C. Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics. **DrugIntellClinPharm**, 1988.

STURARO, D. A. importância do acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes oncohematológicos. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v. 31 n.3, São Paulo, 2009.

VIERGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. F. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

XAVIER H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção a Aterosclerose. **Revista Brasileira de Cardiologia**; 101(4Supl.1): p.1-22, Brasil, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment; 2005. [citado 2012 – maio 14]. Disponível em:
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Who scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level, Resumo do Relatório da Reunião Bruxelas, Bélgica, 5-7 de Maio de 2004. Disponível em:
<http://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES EM USO DE
ALENDRONATO SÓDICO

AVALIAÇÃO INICIAL	
Data do atendimento:	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		
Endereço:		
Cidade:		Gênero: () Masculino () Feminino
CEP:	Telefone:	Celular:

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS		
Idade:		Data de nascimento:
Peso:	Peso ideal:	Glicemia:
Altura:	IMC:	Circ. abdm:
Profissão:		Escolaridade:
Renda familiar:		Estado civil:

HÁBITOS DE VIDA	
Atividade de lazer:	
Atividade física:	Orientada pelo médico? SIM () NÃO ()
CIGARRO NÃO USA ()	<input type="checkbox"/> 1 cigarro diário <input type="checkbox"/> > 1 cigarro diário <input type="checkbox"/> Intenção de deixar de fumar
CAFÉINA NÃO CONSOME ()	<input type="checkbox"/> < 2 xícaras/dia <input type="checkbox"/> 2 a 6 xícaras/dia <input type="checkbox"/> > 6 xícaras/dia <input type="checkbox"/> Dependência
ÁLCOOL NÃO CONSOME ()	<input type="checkbox"/> < 2 copos/semana <input type="checkbox"/> 2 a 6 copos/semana <input type="checkbox"/> > 6 copos/semana <input type="checkbox"/> Dependência
Outras substâncias: SIM () NÃO () Quais?	
Uso de plantas medicinais: SIM () NÃO () Quais?	

--

RAM E ALERTAS

História de alergia a medicamentos e outros:

História de reações adversas a medicamentos:

Outros alertas / necessidades especiais (visão/audição/mobilidade/deficiência física ou mental:

HISTÓRIA MÉDICA

Doenças anteriores:

Cirurgias:

Internações:

Outras:

PROBLEMAS MÉDICOS

Indicação	Medicamento	Posologia prescrita	Posologia adotada	RNM

AVALIAÇÃO ESPECÍFICA – OSTEOPOROSE

Primeira vez que faz tratamento para a osteoporose?

SIM () NÃO () – Quais os medicamentos já utilizados e por quanto tempo?

Possui prescrição de suplementação de cálcio e de vitamina D?

NÃO () – Encaminhar para avaliação do médico

SIM () – Orientar o paciente

Realiza as medidas não medicamentosas indicadas no Protocolo?

NÃO () – Estimular exercícios físicos, adotar medidas de prevenção de quedas, desencorajar tabagismo e uso excessivo de álcool. Exposição solar da face, tronco e braços antes das 10 horas ou após as 16 horas por no mínimo 15 minutos, 2 a 4x/semana, salvo por contraindicação dermatológica
SIM () – Quais?

REVISÃO FARMACOLÓGICA POR SISTEMAS					
GERAL		Falta de apetite	CARDIOVASCULAR		Dor no peito
		Dores			Dislipidemia
		Dor de cabeça			Hipertensão
		Vertigem			Infarto
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS		Problemas de visão	GASTRINTESTINAL		Hipotensão ortostática
		Diminuição da audição			Dor abdominal
		Zumbido			Náuseas
		Rinite alérgica			Vômitos
		Glaucoma			Diarreia
		Hemoptise			Constipação
RESPIRATÓRIO		Epistaxe	HEMATOPOIÉTICO		Dor epigástrica
		Asma			Hematomas
		Dispneia			Petequias
		Taquipneia			Equimoses
NEURO/PSIQUIÁTRICO		Sibilos	REPRODUTIVO		Sangramentos
		Parestesias/Adormecimento			Anemia
		Perda de equilíbrio			Dismenorreia
		Zumbido			Incontinência
		Depressão/ideias suicidas			Diminuição da libido
		Ansiedade/nervosismo			Fluido vaginal ou prurido
RENAL/URINÁRIO		Perda de memória	MUSCULO-ESQUELÉTICO		Impotência
		Convulsões/tremores			Ondas de calor
		Poliúria			Artrite
		Disúria			Tendinite
PELE		Hematúria	DOENÇAS INFECCIOSAS		Dor muscular
		Disfunção renal			Dor nas costas
		Eczema			AIDS
	Psoríase		Malária		
	Prurido/rash		Sífilis		

HEPÁTICO		Cirrose		Gonorreia
		Hepatite		Herpes
ENDÓCRINO		Diabetes		Tuberculose
		Hipotireoidismo		Clamídia
		Sintomas menopausa		Dengue

ANEXO B

Materiais simbólicos do estabelecimento em atendimento	Nome do estabelecimento ou serviço de saúde
Preencher: Via registrada, número, bairro, cidade, estado, CEP, telefone ou outro meio de contato, CNPJ	
ENCAMINHAMENTO	
Assinatura	
[Nome completo e número de inscrição do farmacêutico no CRF-RJ] (assinada, impressa ou de própria mão)	

**ANEXO C – SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO - PHARMACOTHERAPY
WORKUP (PHARMACOTHERAPY WORKUP NOTES, 2012)**

Pharmacotherapy Workup		Avaliação Inicial	
Informações do Paciente	Nome:		
	Endereço:		
	Cidade:	Gênero: () Masculino () Feminino	
	CEP:		
	Telefone:	Celular:	

Informações Demográficas	Idade:	Data de Nascimento:	
	Peso:	Peso ideal:	
	Estatura:	IMC:	CA:
	Profissão:	Escolaridade:	
	Renda Familiar:		

Experiência Farmacoterapêutica do paciente	Qual a atitude do paciente com relação ao uso dos medicamentos? (Positiva/Negativa)	Requer atenção especial?	
		S	N
	O que o paciente espera/quer de sua farmacoterapia?	Requer atenção especial?	
		S	N
	Quais as preocupações do paciente com seus medicamentos?	Requer atenção especial?	
		S	N
	Qual o entendimento do paciente sobre os medicamentos que utiliza?	Requer atenção especial?	
		S	N

História Farmacoterapêuti	Indicação	Farmacoterapia	Resposta	Data

História Médica	Doenças relevantes, hospitalizações, cirurgias, lesões.
--------------------	---

Informações Nutricionais	Atividade Física
-----------------------------	---------------------

	Geral	Falta de Appetite	Cardiovascular	Dor no peito
		Dores		Dislipidemia
		Dor de cabeça		Hipertensão
		Vertigem		Infarto
	Problemas de visão	Hipotensão ortostática		
	Órgãos dos Sentidos	Diminuição da audição	Gastrintestinal	Dor abdominal
		Zumbido		Náuseas
		Rinite alérgica		Vômitos
		Glaucoma		Diarreia
		Hemoptise		Constipação
		Epistaxe		Dor epigástrica

	Respiratório		Asma	Hematopoiético		Hematomas	
			Dispneia			Petequias	
			Taquipneia			Equimoses	
			Sibilos			Sangramentos	
	Neuro/ Psiquiátrico			Parestesias/ adormecimento	Reprodutivo		Anemia
				Perda de equilíbrio			Dismenorreia
				Zumbido			Incontinência
				Depressão/ ideias suicidas			Diminuição da libido
				Ansiedade/ nervosismo			Fluido vaginal ou prurido
				Perda de memória			Impotência
				Convulsões/ tremores			Ondas de calor

Revisão Farmacológica por Sistemas	Renal/ Urinário		Poliúria	Musculo- esquelético		Artrite	
			Disúria			Tendinite	
			Hematuria			Dor muscular	
			Disfunção renal			Dor nas costas	
	Pele			Eczema	Doenças Infecciosas		AIDS
				Psoríase			Malária
				Prurido/rash			Sífilis
	Hepático			Cirrose			Gonorreia
				Hepatite			Herpes
	Endocrino			Diabetes			Tuberculose
				Hipotireoidismo			Clamídia
				Sintomas menopausa			Dengue

Problemas relacionados com	Problemas Médicos/ Farmacoterapia Relacionada	Efetividade

Problemas relacionados com	Problemas Médicos/ Farmacoterapia Relacionada	Segurança

Problemas relacionados com medicamentos	Problemas Médicos/ Farmacoterapia Relacionada	Adesão

Não há problemas relacionados

Pharmacotherapy Workup

Plano de Atuação

Indicação:

(Descrição e história da doença, problema médico, incluindo os tratamentos prévios e seus resultados)

Metas terapêuticas: (Melhora ou normalização de sinais/sintomas/testes laboratoriais ou redução de risco)

- 1.
- 2.

Plano Farmacoterapêutico: (incluindo farmacoterapia atual e alterações)

Medicamentos (Produto e forma farmacêutica)	Posologia (dose, via, frequência, duração)	Anotações/alterações

Problema médico:

	Parâmetros para Avaliar Resultados	Valores Anteriores ao Tratamento	1ª Evolução	2ª Evolução
Efetividade	Sinais/sintomas			
	Sinais/sintomas			
	Resultados laboratoriais			
	Resultados laboratoriais			

Pharmacotherapy Workup		Evoluções		
Segurança	Parâmetros para Avaliar Resultados	Valores Anteriores ao Tratamento	1ª Evolução	2ª Evolução
	Sinais/sintomas			
	Sinais/sintomas			
	Resultados laboratoriais			
	Resultados laboratoriais			
	Outros			

Pharmacotherapy Workup		Evoluções		
Estado		Val. Ant. ao Tratamento	1ª Evolução	2ª Evolução
		<p>Inicial: Metas estabelecidas, iniciar nova terapia.</p> <p>Resultado: Metas atingidas, terapia terminada.</p> <p>Estável: Metas atingidas, continua a mesma terapia.</p> <p>Melhora: Progresso adequado, continua a mesma terapia.</p> <p>Melhora parcial: Algum progresso, requer ajuste de terapia.</p> <p>Piora: Deterioração da saúde, ajuste de terapia.</p> <p>Fracasso: As metas não foram atingidas, a terapia atual deve ser substituída por uma diferente.</p>		

	1ª Evolução	2ª Evolução
Identificação de novos problemas relacionados com medicamentos	<input type="checkbox"/> Nenhum no momento	<input type="checkbox"/> Nenhum no momento
	<input type="checkbox"/> Documentado	<input type="checkbox"/> Documentado

Data	Próxima Evolução	Comentários

Data:

APÊNDICES

APÊNDICE A: Entrevista Para as Pacientes em Acompanhamento Farmacoterapêutico em Tratamento de Osteoporose na Atenção Básica

- 1) Quais as principais dificuldades encontradas pela senhora para o seu tratamento?

- 2) A senhora tem alguma dúvida sobre a doença e sobre os medicamentos?

- 3) Como a senhora se sentiu durante o acompanhamento? Quais as vantagens e desvantagens de ter o acompanhamento?

- 4) Você gostaria que houvesse continuidade? Por que?

- 5) Você acha que todas as pessoas deveriam ter esse tipo de atendimento? Por que?

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: “**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE**”.

A paciente _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar do Acompanhamento Farmacoterapêutico voltado ao “**ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO PARA PACIENTES EM TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE**”. Nesses serviços farmacêuticos, pretendemos conhecer mais sobre o uso do alendronato de sódio, quais os medicamentos mais utilizados, os principais fatores que estão relacionados com o seu uso etc.

O motivo que nos leva a fazer o estudo é estudar sobre os problemas que interferem no tratamento medicamentoso, as dificuldades que o paciente apresenta para uma adesão satisfatória no tratamento e a efetividade e segurança do uso dos medicamentos, além de conhecer alguns fatores socioeconômicos das usuárias.

Para esta pesquisa nós iremos aplicar um formulário com perguntas referentes ao uso e a terapia medicamentosa, cuja receita médica seja apresentada na Farmácia Básica do município.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, uma vez que não será necessária a realização de intervenções ou modificações fisiológicas, como intervenções nas variáveis psicológicas e/ ou sociais nos participantes da pesquisa de forma intencional. Será realizado cinco visitas domiciliar no decorrer do estudo. Os possíveis riscos, embora não previsíveis poderão estar relacionados ao desconforto do entrevistado ao ser abordado em perguntas relacionadas à situação econômica da família, utilização de medicamentos de uso crônico, forma de aquisição de medicamentos etc. Para minimizar tal risco a entrevista far-se-á em local adequado, de modo sigiloso e confidencial.

Para participar desta pesquisa, a paciente sob sua responsabilidade não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, ele tem assegurado o direito à indenização. Ela será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará

livre para participar ou recusar-se a participar. A Senhora como responsável, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dela a qualquer momento. A participação dela é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo.

A pesquisa servirá de auxílio aos gestores e pesquisadores da área para que possam entender mais sobre o tratamento da osteoporose do município e desta forma trabalhem em conjunto em busca de melhorias neste aspecto. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. O nome ou o material que indique a participação da paciente não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de 5(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no campus da UFCG-CES no município de Cuité, e a outra será fornecida a Sra.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cuité, ____ de _____ de 2016.

Assinatura participante

Assinatura pesquisador

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Nome do Pesquisador Responsável: Andrezza Duarte Farias

Endereço: Sítio Olho d'Água da Bica, Sn Zona Rural

CEP: 58175-000 / Cuité - PB

Fone: (83) 96069977/ 3372 1900/1984

E-mail:andrezadf@ufcg.edu.b