



Universidade de Brasília

GUILHERME JOSÉ FERNANDES

A inserção dos serviços farmacêuticos na atenção primária para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na COVID-19

Brasília - DF

2023



Universidade de Brasília

GUILHERME JOSÉ FERNANDES

A inserção dos serviços farmacêuticos na atenção primária para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na COVID-19

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em atenção básica pelo Programa de residência multiprofissional do Hospital Universitário de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro

Brasília - DF

2023

GUILHERME JOSÉ FERNANDES

A inserção dos serviços farmacêuticos na atenção primária para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na COVID-19

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), apresentado como requisito para obtenção do título de especialista em atenção básica pelo Programa de residência multiprofissional do Hospital Universitário de Brasília.

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em 30/01/2023

Dr. Rafael Mota Pinheiro

Universidade de Brasília

Orientador

Dr. Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira

Universidade de Brasília

Membro efetivo

Dra. Viviane Belini Rodrigues

Universidade de Brasília

Membro efetivo

LISTA DE ABREVIATURAS

AF: Assistência farmacêutica

APS: Atenção primária à saúde

DCNT: Doenças crônicas não-transmissíveis

CCM: Modelo às condições crônicas

DM: Diabetes-mellitus

ESF: Equipe saúde da família

GSAP: Gerência de Serviços da Atenção Primária

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

MACC: Modelo de Atenção às condições crônicas

NASF: Núcleo de Apoio a saúde da família

PNAB: Política nacional da atenção básica

PRM: Problemas relacionados aos medicamentos

RAM: Reação Adversa ao Medicamento

RAS: Rede de atenção à saúde

RENAME: Relação nacional de medicamentos essenciais

SUS: Sistema Único de saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

RESUMO

A pandemia causada pela COVID-19 impactou os serviços de saúde em todos os níveis de atenção. A atenção primária é considerada como porta de entrada do cidadão no sistema de saúde e possui o papel fundamental de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, redução e manutenção dos agravos à saúde. Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e do tipo relato de experiência realizado durante a residência multiprofissional em atenção básica no período de fevereiro a dezembro de 2022. Baseia-se na metodologia de problematização do arco de Magueres, seguindo as etapas de observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipótese de solução e aplicação à realidade com base na inserção dos serviços farmacêuticos na atenção primária em pacientes diabéticos e hipertensos. As hipóteses de soluções foram construídas e aplicadas nos grupos de educação em saúde e na dispensação de medicamentos. Conclui-se a importância dos serviços farmacêuticos para oferecer assistência qualificada aos usuários que fazem uso contínuo de medicamentos, possibilitando o uso racional, além de reafirmar a necessidade da presença do farmacêutico em todos níveis de atenção do sistema único de saúde, desconstruindo os estigmas da exclusividade desse profissional apenas na atuação do serviço gerencial.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, assistência farmacêutica, diabetes mellitus, hipertensão, COVID19.

ABSTRACT

The pandemic caused by COVID-19 has impacted health services at all levels of care. Primary care is considered the citizen's gateway to the health system and has a fundamental role in promoting, preventing, protecting, diagnosing, treating, reducing and maintaining health problems. This study is a descriptive, qualitative and experience report type study carried out during the multidisciplinary residency in primary care from February to December of 2022. It is based on the active methodology of questioning Maguerez's arch, following the stages of observation of reality, key-points, theorization, hypothesis of solution and application to reality based on the insertion of pharmaceutical services in primary care for diabetic and hypertensive patients. The hypotheses for solutions were constructed and applied in health education groups and in medication dispensing. It concludes the importance of pharmaceutical services to offer qualified assistance to users who make continuous use of medicines, enabling rational use, in addition to reaffirming the need for the presence of the pharmacist in all levels of care of the unified health system, deconstructing the stigmas of exclusivity of this professional only in the performance of the managerial service.

Keywords: Primary Health Care, Pharmaceutical Services, Diabetes Mellitus, hypertension, COVID19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplo de Agenda Semanal do Farmacêutico 40h na Atenção Primária à Saúde da SES-DF.....	23
Quadro 2 - Hipóteses de solução construídas pelo autor do trabalho.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Diabetes e Hipertensão.....	8
1.2 A assistência farmacêutica na atenção primária	9
1.3 A assistência farmacêutica da APS na diabetes e hipertensão	11
1.4 Justificativa	12
1.5 Objetivos.....	13
2 DESENVOLVIMENTO	14
2.1 Metodologia	14
2.1.1 Descrição do cenário	14
2.1.2 Arco de Maguerez.....	15
3. RESULTADOS	15
3.1 Etapa 1: Observação da realidade.....	15
3.2 Etapa 2: Pontos-chave.....	18
3.3 Etapa 3: Teorização.....	18
3.3.1 Modelo de Atenção Crônica (CCM) e Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	18
3.3.2 Serviços farmacêuticos	19
3.3.3 Carga horária dos serviços farmacêuticos que trabalham na APS da SES-DF	22
3.3.4 Fatores que influenciam na adesão aos medicamentos.....	23
3.4 Etapa 4 e 5: Hipóteses de solução e aplicação à realidade	24
3.4.1 Educação em saúde	25
3.4.2 Dispensação	26
3.4.3 Conciliação de medicamentos	27
4 DISCUSSÃO.....	27
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES.....	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Diabetes e Hipertensão

Nas últimas décadas a tendência demográfica do Brasil demonstrou que existe uma menor quantidade de nascimentos em relação à população jovem-adulto, configurando o processo denominado de envelhecimento da população (IBGE, 2022). A idade avançada é considerada como um fator de risco para os agravos à saúde. As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) demonstram complexidades pelo seu fator temporal e gastos que podem gerar. Dos óbitos registrados no Brasil, em 2019, 54,7% foram causados pelas DCNTs, afirmando a necessidade de uma atenção voltada para a elaboração de políticas e estratégias de promoção, prevenção e intervenção. Entre as DCNTs que podemos destacar estão as cardiovasculares, carcinogênicas, diabetes e obesidade (BRASIL, 2021).

A Hipertensão arterial sistêmica, foi definida em 1978, pela Organização Mundial da saúde (OMS) como " uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica" (WHO, 1978). Por ser uma condição que pode apresentar ausência de sintomas de forma imediata - assintomática - pode evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, vasos sanguíneos, rins e cérebro. A HAS é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Ademais, também pode associar-se a fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal; como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes mellitus (BARROSO et al., 2021).

A diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica metabólica multifatorial decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos, caracterizando o aumento crônico dos níveis glicêmicos. A DM pode ser classificada como tipo I (DM1), tipo II (DM2), gestacional (DMG) e outros (SBD, 2002). Indivíduos portadores de DM, quando não fazem o tratamento de forma contínuo e adequado têm complicações e agravantes com o surgimento de outras doenças paralelas, podendo causar internações hospitalares e até óbito (PACE et al., 2002).

Em 2021, um relatório publicado pela secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) com base nos indicadores publicados pela vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) demonstrou que nos últimos quinze anos a incidência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em adultos

aumentou cerca de 3,7%, enquanto o número de casos de diabéticos aumentou em 23% nos últimos dois anos (BRASIL, 2022). Uma pesquisa publicada em 2021 pela Federação Internacional de Diabetes (IDF), demonstrou que em nível mundial, pessoas diagnosticadas com DM triplicaram desde 2010 e que a estimativa é que se permaneça um alto índice de incidência ao longo das próximas décadas (IDF, 2021).

Os principais fatores de risco da HAS descritos na literatura são idade, histórico familiar, sexo, sobrepeso/obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e consumo excessivo de cloreto de sódio (NIH, 2022). Assim como na HAS, nas pessoas portadoras de diabetes mellitus (DM), os fatores de risco estão relacionados ao estilo de vida e hereditariedade (SBD, 2020). Ambas essas condições, quando associadas à multimorbidade, têm o risco cardiovascular aumentando em quatro vezes (BONOW et al., 2002; KANNEL, 2000).

Os tratamentos dessas condições estão descritos nos protocolos e diretrizes terapêuticos (PCDT), podendo ser abordagens não-farmacológicas, conhecidas por mudança de estilo de vida, como reeducação alimentar e práticas de exercícios, assim como as farmacológicas (MALACHIAS et al., 2016). Na atualidade, com o avanço da tecnologia e da ciência existe uma variedade de medicamentos no mercado que podem ser utilizados. Levando em consideração a dimensão de possibilidades, criou-se uma lista de medicamentos essenciais, chamada de RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), que foi instituída pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, sendo revisada anualmente pela comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC (BRASIL, 2011).

1.2 A assistência farmacêutica na atenção primária

Em 1988, com a reformulação da constituição do Brasil o cenário da saúde ganhou uma maior evidência tornando-se um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2016). A partir desse marco a atenção voltada para a saúde pública foi reestruturada, um fluxo de direcionamento dentro dessa nova conformidade surgiu e a saúde passou a ter integração de diversos tipos de serviços, que formam as redes de atenção à saúde (RAS). Mendes (2011) define a RAS como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculadas entre si por uma missão

única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população”.

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada dos usuários no sistema único de saúde (SUS) e ordenadora da RAS. É definida pela política nacional de 2017 (PNAB) como

conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

O cuidado centrado, a resolutividade e a longitudinalidade são algumas das diretrizes que compõem a APS. O ponto em comum dessas diretrizes é que estão voltados à comunidade dentro de um território específico de atuação, somando os esforços interprofissionais e intersetoriais na busca da prevenção, recuperação e promoção dos agravos à saúde.

No cenário atual causado pela pandemia da COVID-19, a APS demonstra ser uma grande potência no combate do vírus pela vigilância em saúde nos territórios, suporte para as famílias e atenção aos usuários infectados (GUADALUPE et al., 2020).

Nesse contexto, o cuidado centrado no paciente se faz mediante a interdisciplinaridade dos profissionais. Os diversos saberes em áreas permitem a clínica ampliada, uma das diretrizes que consta na política nacional de humanização (BRASIL, 2003).

O farmacêutico é uma figura importante, configurando-se tanto como parte do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), quanto responsável gerencial pela farmácia da unidade de saúde. Segundo a resolução nº 338 (2004) “a assistência farmacêutica (AF) trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional”. A AF envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Os serviços farmacêuticos na APS são de suma importância para agregar o trabalho interprofissional das equipes. O farmacêutico inserido no processo de trabalho possibilita o melhor manejo da farmacoterapia. Além disso, entre as atribuições do farmacêutico na APS podemos citar o serviço de educação em saúde nos grupos de tabagismo, diabetes, gestantes entre outros. Destro et al. (2020) demonstra que muitas barreiras existem apesar das inúmeras atribuições dos farmacêuticos na APS; como questões de demandas gerenciais, falta de profissionais qualificados e até dúvidas em relação às próprias atribuições. De forma potencializadora gerada pela atenção farmacêutica está a adesão do usuário ao medicamento, detecção, prevenção, manejo de problemas relacionados a medicamentos (PRMs) e gerenciamento da farmácia.

O medicamento é uma tecnologia que pode ser agregada nas intervenções, seja de forma contínua ou não. Contudo, apesar do efeito benéfico esperado, os medicamentos têm vários vieses, podendo causar eventos adversos, efeitos colaterais e interações farmacocinética, conseqüentemente, podem interferir no desfecho ou continuidade do tratamento. Estudos demonstram que os idosos estão entre os grupos mais afetados por problemas que influenciam na adesão à medicação, seja por efeitos adversos desconfortáveis devido a politerapia medicamentosa (LIMA et al., 2017) ou pela dificuldade em saber distinguir os medicamentos (CHRISTINELLI et al., 2020).

1.3 A assistência farmacêutica da APS na diabetes e hipertensão

A DM e HAS representam um grupo de doenças importantes para a atenção primária à saúde. São condições de grande impacto devido à alta demanda em uma unidade de saúde e também na economia do país.

O caderno da atenção básica nº 37 trata sobre o cuidado dos usuários com hipertensão. Nele é disposto como deve ser feito o acolhimento pela equipe, como se deve realizar o cuidado levando em consideração a longitudinalidade e o fortalecimento do vínculo. Também aborda sobre o cuidado centrado na pessoa, quais abordagens terapêuticas que são disponíveis, além dos fluxos que orientam os profissionais a conduzir as diversas situações que possam ocorrer na prestação de serviço (BRASIL, 2013).

No que se refere a DM, o caderno da atenção básica nº36 serve como apoio para os profissionais da APS se orientarem como deve-se fazer a o acolhimento,

estratificação de risco, metas glicêmicas e de hemoglobina glicada desejadas, cuidados sobre as possíveis lesões que podem surgir nos pacientes, abordagem educativa entre outros (BRASIL, 2013). Vale salientar que além dos cadernos de atenção básica, existem as linhas guia e protocolos de saúde para o direcionamento de fluxo nos atendimentos que estão disponíveis no site da secretaria de saúde do Distrito Federal.

O farmacêutico possui atribuições importantes, sendo um profissional essencial na APS. Além do serviço gerencial e de dispensação que realiza na farmácia, pode atuar na conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia e educação em saúde em conjunto com os outros profissionais de saúde, que fomentam estratégias importantes nas tomadas de decisões em relação aos tratamentos dos pacientes. A farmácia clínica qualificada garante as melhores opções de condução da farmacoterapia dentro das possíveis restrições que os usuários podem possuir (BRASIL, 2018).

O uso de forma contínua de anti-hipertensivos e antidiabéticos podem apresentar dificuldades de adesão devido aos possíveis problemas relacionados a medicamentos (PRMs) e as eventuais faltas nas farmácias da rede. Além das questões farmacocinéticas, farmacodinâmicas, são diversos os fatores que dificultam uma abordagem terapêutica eficaz, sendo influenciado pelas camadas sociais, físicas e psicológicas (BATISTA et al., 2022).

A farmácia clínica aliada à assistência farmacêutica promove um cuidado qualificado, pelo qual os sujeitos possam ter um atendimento humanizado e com a clínica ampliada, a qual todos os saberes entre os profissionais da equipe, de forma interprofissional, possam andar juntos na adesão e continuidade do tratamento, além da criação e fortalecimento de vínculo, sendo essas ferramentas preconizadas nos princípios da PNAB (BRASIL, 2017).

1.4 Justificativa

A pandemia reordenou o fluxo de atendimento nas UBSs por quase 2 anos. As atividades coletivas, grupos de educação em saúde e visitas domiciliares foram suspensas durante o período de emergência pública. Os profissionais de saúde foram realocados para os setores de testagem, vacinas e demandas agudas. As consultas

de acompanhamentos dos pacientes com condições crônicas ficaram em segundo plano, direcionando a atenção com mais ênfase nos pacientes infectados pelo vírus.

Relatos em relação a adesão e manutenção pelos usuários com DM e HAS, que fazem uso contínuo de medicamentos, após o período de emergência pública, demonstram dificuldades no segmento terapêutico e nos reorienta a uma visão ampliada com os mesmos. Atualmente vivemos uma época de readaptação com a reorganização dos serviços da saúde. O monitoramento faz-se necessário quando observamos as consequências do distanciamento das ESFs com as famílias e o quão isso impacta nos indicadores.

A adesão dos pacientes com DM e HAS que faz uso de medicamentos pode ser influenciada pelos obstáculos encontrados, seja com o surgimento de dúvidas em relação à correta administração de acordo com a prescrição, seja no desabastecimento.

Considerando o momento em que nos encontramos em relação à reestruturação do serviço pós-emergência pública, torna-se necessário fazer um levantamento sobre os problemas observados e trazidos pela população e/ou profissionais, construindo hipóteses de soluções plausíveis e aplicáveis com base no incentivo à interprofissionalidade e inclusão do farmacêutico.

1.5 Objetivos

O principal objetivo foi construir hipóteses de solução com base nos serviços farmacêuticos possíveis de serem realizados na APS em pacientes com diabetes e hipertensão, além de aplicar essas estratégias à realidade.

Entre os objetivos específicos:

- Identificar os problemas com base na observação da realidade;
- Refletir sobre quais são os serviços farmacêuticos possíveis de serem realizados dentro da problematização identificada;
- Aplicar as hipóteses de solução;
- Discutir sobre os resultados em seus aspectos positivos, dificuldades e perspectivas;
- Sensibilizar as equipes e gestão sobre a importância dos serviços farmacêuticos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e do tipo relato de experiência da residência multiprofissional em Atenção Básica durante o período de fevereiro a dezembro de 2022 acerca da detecção, planejamento e atuação baseada na metodologia do arco de Maguerez. O estudo surgiu a partir das demandas dos usuários, funcionários e percepção pessoal do autor com base nos problemas relacionados à atenção farmacêutica em pacientes que possuem diabetes e hipertensão.

2.1.1 Descrição do cenário

O trabalho realizado foi na Unidade de Saúde 3 (UBS3) do Itapoã, que possui 3 equipes de saúde e uma equipe rural. As ESFs são formadas por médico (a), enfermeiro (a), técnico (a) de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e duas equipes de saúde bucal (ESB), sendo que cada ESB é formada por um cirurgião (ã) dentista e dois técnicos (as) de saúde bucal (TSB).

Apesar de ser um instrumento importante para o fortalecimento da APS, não existe o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) na UBS3. Outro ponto a ser salientado deve-se à presença do farmacêutico, que é uma categoria profissional relativamente nova na unidade, sendo integrado na unidade há pouco mais de dois anos.

Considerando o exposto em relação ao funcionamento da ESF e a integração dos serviços farmacêuticos na APS, foram levantados os principais problemas pontuados pelos usuários e profissionais, além da observação do autor sobre as barreiras e obstáculos que existem em relação a inserção dos serviços farmacêuticos não relacionados apenas a atividade gerencial da farmácia. Dentre os problemas levantados, destacam-se a ausência do NASF, ausência na participação de grupos, visitas domiciliares, reuniões de equipe e gestão de casos.

2.1.2 Arco de Maguerez

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do trabalho a partir dos problemas da realidade observada, assim como as ações e resultados, foi sustentada pelo arco de Maguerez, sendo composta por cinco etapas (PADRO et al., 2012; BERBEL, 2012):

- I. Observação da realidade: etapa que consiste em observar a realidade dentro do contexto que o autor está inserido, detectando os principais problemas que afetam o processo de trabalho.
- II. Identificação dos pontos-chave: etapa que visa reflexão, questionamento, compreensão e síntese dos problemas levantados na fase da observação.
- III. Teorização: Etapa em que consiste na fundamentação teórica dos pontos-chave de acordo com as referências bibliográficas publicadas em periódicos, manuais, protocolos, leis, portarias, resoluções, circulares e etc.
- IV. Hipóteses de solução: etapa que busca propostas para a solução dos problemas priorizados e teorizados. As hipóteses são ferramentas importantes para as possíveis soluções ou alternativas viáveis dos problemas.
- V. Aplicação à realidade: etapa de elaboração, execução e avaliação das ações planejadas para a resolução dos problemas, como perspectiva de melhora no processo de trabalho.

3. RESULTADOS

3.1 Etapa 1: Observação da realidade

O Itapoã é uma cidade administrativa do Distrito Federal, que faz parte da região leste de saúde. A primeira etapa do trabalho ocorreu durante o penúltimo semestre da residência, que compreendeu o período de fevereiro a agosto de 2022. O cenário da observação concentra-se na UBS 3 do Itapoã, que é uma unidade de saúde relativamente nova, criada em 2018, e que faz parte da GSAP 2 (Gerência de Serviços da Atenção Primária) em conjunto com a UBS 2 do Itapoã. Ambas as unidades possuem farmácias, todavia apenas a UBS 3 possui uma equipe com farmacêutico, sendo da UBS2 de responsabilidade gerencial da equipe de enfermagem. A ausência do farmacêutico na UBS2 é sempre colocada como um grande dificultador no sentido organizacional do setor e também na atuação do

profissional para a cooperação nas tomadas de decisões em relação à farmacoterapia.

Em contrapartida, apesar da presença do farmacêutico ser uma realidade na UBS3, a falta do NASF, a ausência de carga horária de técnicos no setor somado à demanda crescente restringe o profissional apenas a realizar os serviços relacionados ao ciclo farmacêutico, ausentando em diversas vezes a atuação em território, grupos de educação em saúde, conciliação de medicamentos, gestão de casos mais complexos, participação de reunião de equipe e entre outros. Em resumo, observa-se que a participação do profissional fica restrita apenas no momento da programação, aquisição, armazenamento e dispensação.

Quando pensamos em integralidade, longitudinalidade, resolutividade e cuidado centrado na pessoa, vislumbra-se a ideia da interprofissionalidade e como os saberes são importantes para a construção de intervenções estruturadas frente às diversas complexidades que o indivíduo e o coletivo podem trazer.

Os usuários hiperutilizadores são geralmente aqueles que possuem doenças crônicas, principalmente os hipertensos e diabéticos, que usualmente passam por consultas de rotinas e mensalmente vão à farmácia. Dito isto, o momento ideal para fazer rastreio em relação a adesão à farmacoterapia seria nessas consultas de renovação da prescrição e na dispensação.

De acordo com a portaria 250/14 da Secretaria de saúde do Distrito Federal (SES-DF), as prescrições de medicamentos de uso contínuo possuem validade de seis meses a partir do momento que é emitida (SES-DF, 2014). Esse processo de renovação é importante para a monitorização da saúde dos pacientes, já que se trata de um momento em que é avaliado se os parâmetros de saúde estão condizentes com os valores desejados. Contudo, com a pandemia em 2020, o processo de trabalho do SUS desorganizou-se em todos os componentes de atenção, principalmente os serviços da APS, que é a porta de entrada dos usuários ao sistema. Novas circulares passaram a ser vigentes fazendo com que as atividades coletivas fossem suspensas, além da indeterminação acerca da validade das prescrições e realocação dos profissionais nos setores frente ao combate da doença.

A APS mostrou-se como uma potência fundamental no período da pandemia, sendo uma força no diagnóstico, resolutividade, vacinação e ordenadora da rede para casos mais complexos. Por outro lado, quando se analisa no eixo saúde da família, observamos que as atividades coletivas suspensas, demandas reprimidas,

indeterminação da validade das prescrições, visitas domiciliares com menor frequência, fizeram com que os vínculos entre usuários-profissionais e profissionais-profissionais ficassem fragilizados.

O período da observação compreende durante o final da emergência e pós-emergência, que é marcado por uma nova realidade em que os profissionais buscam potencializar a saúde da família com foco nas atividades coletivas, visitas domiciliares, novos cadastros, a fim de aumentar os indicadores que influenciam diretamente no financiamento da atenção básica pelo programa Previne (BRASIL, 2019)

É nesse cenário de reorganização dos serviços que se torna ideal em detectar as lacunas dos serviços farmacêuticos, criando hipóteses possíveis para a inserção do mesmo nas práticas diárias na APS.

Para refinar e qualificar a observação da realidade, foi abordado durante a rotina de dispensação com os usuários portadores de DM e HAS quais eram as principais questões que eles possuíam com a farmacoterapia atual e como o período de pandemia comprometeu o tratamento. Os idosos, em sua grande maioria, relataram que os parâmetros das doenças de bases estavam descompensados e que sentiam dificuldade em retornar às consultas devido às altas demandas das equipes. Também foi relatado pelos pacientes que se tornaram DM insulino dependente ou que passaram a usar o sistema de aplicação preenchido de insulina (canetas de insulinas) dificuldades de uso e também obtenção de informações acerca do correto manuseio, aplicação e descarte dessa tecnologia. Os usuários, em especial os não letrados, revelaram que possuíam dificuldades em saber utilizar os medicamentos de acordo com as prescrições.

Os profissionais das equipes também foram ouvidos, os pontos mais abordados foram a dificuldade da inserção da farmácia no processo de trabalho da equipe e como isso impacta diretamente nas tomadas de decisões. Além disso, foi abordado pelos agentes comunitários de saúde, a necessidade de um matriciamento de como utilizar a caneta de insulina de forma correta e também noções básicas sobre os medicamentos.

3.2 Etapa 2: Pontos-chave

Nos pontos chaves, buscou-se levantar, refletir e indagar sobre as causas dos problemas observados sobre a atividade do farmacêutico na UBS e a assistência farmacêutica prestada aos usuários com DM e HAS.

- a) Qual modelo de atenção à saúde que pode ser utilizado para usuários com doenças crônicas como DM e HAS?
- b) Quais são os serviços farmacêuticos?
- c) Existe orientação em relação a divisão de horário dos serviços farmacêuticos da SES-DF na APS?
- d) Quais são os fatores que interferem no tratamento farmacoterapêutico?

3.3 Etapa 3: Teorização

A teorização consiste na fundamentação teórica dos questionamentos levantados nos pontos-chave. A construção dessa etapa se baseia em periódicos, manuais, protocolos, leis, portarias, resoluções, circulares com base nos questionamentos gerados nos pontos-chave. As respostas dos questionamentos a seguir seguirão a ordem disposta na etapa 2.

3.3.1 Modelo de Atenção Crônica (CCM) e Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Com finalidade de realizar atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas em todos níveis da rede, criou-se modelos voltados para a atenção às condições crônicas. O CCM vem do inglês o *Chronic Care Model* (CCM), traduzido de forma literal para modelo de atenção crônica, foi desenvolvido nos Estados Unidos, pela equipe *MacColl Institute for Healthcare Innovation*. O CCM é composto por seis elementos subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade (FURTADO & NOBREGA, 2013). No campo da atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Enquanto na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (MENDES, 2011).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi desenvolvido por Mendes a partir das ideias centrais do CCM para que pudesse ser aplicado às singularidades do SUS, integrando o modelo da pirâmide de riscos (MPR) e o modelo da determinação social em saúde. O modelo de determinante social da saúde está relacionado como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Já o MPR se baseia na estratificação de riscos de portadores de condições crônicas e quais são as estratégias de intervenções em autocuidado e em cuidado profissional que devem ser aplicadas. A leitura do MACC ocorre com a influência dos três modelos, sendo que o modelo da pirâmide de riscos e o modelo da determinação social de saúde integram-se em cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais no nível 1, preventivas no nível 2 e de gestão da clínica nos níveis 3,4 e 5 (MENDES, 2012).

Considerando as ações de promoção e prevenção de saúde nos níveis 1 e 2, a atuação das EFSs torna-se fundamental nas intervenções de fatores modificáveis dos grupos populacionais, criando estratégias e intervenções que contribuam nesse modelo.

3.3.2 Serviços farmacêuticos

O farmacêutico possui diversas atribuições na APS enquanto detentor do conhecimento sobre a farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos, tornando-se uma figura com protagonismo fundamental em diversos serviços. A educação em saúde, dispensação, manejo de problema de saúde autolimitado, conciliação de medicamentos, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico são exemplos de serviços possíveis de serem realizados.

A educação em saúde é definida pelo Ministério da Saúde como “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2016).

Nessa linha de raciocínio podemos inferir que a educação em saúde não está restrita apenas ao ato de transmitir informações, mas na transformação, refinamento e proposições de alternativas considerando os saberes e práticas existentes. Os profissionais de saúde devem buscar o fortalecimento dos vínculos interprofissionais,

reforçando o compromisso com a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários. Entre as inúmeras possibilidades que o farmacêutico pode atuar, destacam-se o objetivo do tratamento e informações sobre a doença que os acometem (por exemplo, DM e HAS), mudança de hábitos e estilo de vida (cessação do tabagismo), o uso correto dos medicamentos assim como o descarte adequado e entre outros (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

A dispensação é uma atribuição privativa do farmacêutico, que tem por finalidade fornecer acesso dos medicamentos assim como o uso adequado (BRASIL, 1986). O ato de dispensar, por diversas vezes, é estigmatizado como entrega de medicamento, porém trata-se de um momento importante de detecção, trocas de conhecimento, monitorização e intervenção. A figura do profissional ficou centralizada e limitada nas substâncias sujeitas a controle especial, que constam na portaria 344/98. Contudo, faz-se necessário a quebra dos paradigmas que existem, buscando evidenciar o cuidado com os usuários de acordo com suas necessidades durante a dispensação.

Segundo a Resolução do conselho federal de farmácia (CFF) nº 585/2013, entende-se problemas de saúde autolimitados como:

enfermidades agudas de baixa gravidade, de breve período de latência, que desencadeiam reações orgânicas as quais tendem a cursar sem danos para o paciente. Além disso, podem ser tratadas de forma eficaz e segura com medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais - alopáticos ou dinamizados, plantas medicinais, drogas vegetais ou com medidas não farmacológicas (BRASIL, 2013).

O farmacêutico deve acolher a demanda com o objetivo de oferecer um cenário seguro para o usuário sobre as enfermidades agudas que os acometem, buscando orientar sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas. Além disso, deve promover e construir um processo de conscientização sobre o uso dos MIPs (medicamentos isentos de prescrição). Ao fazer isso, o profissional estará contribuindo para o autocuidado consciente e promovendo o uso racional dos medicamentos (GUIMARÃES; PACHECO; MORAIS, 2021).

A monitorização terapêutica de medicamentos é indicada para todas as condições clínicas, principalmente para o grupo de pacientes que possuem algum agravo que interferem no metabolismo e na depuração dos fármacos. Além disso, recomenda-se esse tipo de serviços para os pacientes que fazem uso de fármacos cuja janela terapêutica seja mais estreita, podendo oferecer riscos de toxicidade.

Trata-se de um serviço farmacêutico rotineiro no âmbito hospitalar e não tão presente na APS, aliando a farmacodinâmica e a farmacocinética. A interpretação da mensuração plasmática aliada a dose, resposta do paciente e alvo clínico desejado torna possível a obtenção da melhor farmacoterapia e com menor risco de toxicidade (KANG; LEE, 2009).

A gestão da condição de saúde ou da doença é definida pela *Disease Management Association of America* como “um sistema de intervenções e comunicações coordenadas de cuidados em saúde, para pessoas com determinadas afecções, em que esforços de autocuidado do paciente são significativos” (DMAA, 2006). Essa estratégia demonstra ser uma aliada quando trabalhada em pacientes crônicos estratificados nos níveis 3 e 4 do MACC (Modelo de Atenção Crônica), garantindo o seguimento dos protocolos e diretrizes clínicas com abordagens interprofissionais e ações de autocuidado apoiado (BRASIL, 2013).

Os usuários, principalmente com doenças crônicas, tendem a transitar pelos diversos pontos da RAS, possibilitando o surgimento de duplicidade de prescrição para a mesma condição de saúde. A conciliação de medicamentos é um serviço que tem como objetivo principal de prevenir e detectar esses erros de duplicidade de prescrição a partir da construção de uma lista do máximo de informações possíveis (dose, concentração, posologia, dinamização, via de administração, tempo de tratamento entre outros) em um sistema de informação em prontuários (REDMON, 2018).

Considerando que o medicamento é uma tecnologia que está inserida no cotidiano da sociedade, torna-se importante reconhecer os possíveis problemas relacionados a medicamentos (PRM), sendo possível categorizá-los em não evitáveis, como as Reações Adversas a Medicamentos (RAMs) e evitáveis, como Erros de Medicamentos (AIZENSTEIN & TOMMASSI, 2012). O acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico em que se identificam problemas relacionados aos medicamentos, observando as suas causas e fazendo intervenções documentadas, visando a resolvê-los ou preveni-los (CONSELHO DE FARMÁCIA, 2016).

3.3.3 Carga horária dos serviços farmacêuticos que trabalham na APS da SES-DF

A Nota Técnica (NT) nº 02/2017 orienta e padroniza os fluxos e as atividades relacionadas ao Cuidado Farmacêutico nas UBS da secretaria de saúde do distrito federal. O documento descreve quais serviços e compromissos que se espera que o farmacêutico da atenção primária desenvolva com os usuários (SES-DF, 2017).

É preconizado que seja desenvolvido as seguintes atividades pelo farmacêutico com carga horária de 40 horas semanais:

- Visitas domiciliares: ação voltada para o território, com a possibilidade de realizar o reconhecimento do grupo familiar, redes de apoio dos pacientes. Para o farmacêutico, é possível fazer a conciliação de medicamentos nas visitas, além de detecção de dificuldades em relação à farmacoterapia e construção do plano singular terapêutico (PTS).
- Grupos de educação em saúde: Compreende condução, planejamento e organização de grupos junto aos outros profissionais da equipe
- Supervisão farmacêutica: Treinamento e supervisão da equipe da farmácia e dispensação da farmácia
- Reunião de equipe: Compreende reunião com os profissionais da equipe para discussão de casos, construção de agenda, sensibilização, pactuação de atividades coletivas e individuais.
- Consulta: pode ser realizada de forma individual ou compartilhada com os membros das equipes.
- Atividades técnicos-gerenciais: Envolvem as atividades da farmácia relacionadas à programação, solicitação/recebimento de medicamentos, controle de estoque, inventário, descarte de resíduos.
- Atividades técnico pedagógica: ações de caráter clínico e educacional, e se direcionam a dois públicos-alvo: equipe, que compreende a equipe de saúde e também os demais profissionais do NASF; e a comunidade, formada pelos usuários e seus familiares.

Devido a dimensão de atividades e levando em consideração do tempo que as mesmas demandam do profissional, a Norma Técnica sugere que os serviços farmacêuticos sejam elaborados em uma agenda com cargas horárias mínimas estabelecidas semanalmente.

Quadro 1 - Exemplo de Agenda Semanal do Farmacêutico 40h na Atenção Primária à Saúde da SES-DF

Agenda Semana do Farmacêutico na APS - 40 HS			
Atividade	Carga horária	Produção mínima semanal	Produção mínima mensal
Visita domiciliar	4 horas	2 visitas/semana	8 visitas/mês
Consulta individual e coletiva	6 horas	4 consultas/semana	4 consultas/semana
Supervisão farmacêutica	8 horas	-	-
Atividade técnico gerencial	8 horas	-	-
reunião de equipe	6 horas	3 reuniões/semana	12 reuniões/mês
Grupos terapêuticos e comunitários	4 horas	1 grupo/semana	4 grupos/mês
Atividades Técnico-pedagógicas	4 horas	-	-

Fonte: SES-DF, 2017

3.3.4 Fatores que influenciam na adesão aos medicamentos

A adesão ao medicamento depende de vários fatores, sendo eles na administração correta; envolvendo dose, horário e via correta. Também abrange a eficácia, segurança e disponibilidade na rede. A farmacocinética é uma área essencial da farmacologia, que dispõe conhecimentos sobre a absorção, biodisponibilidade, interação fármaco-fármaco e fármaco-nutriente. Esses saberes são de suma

importância para prever, evitar e quando necessário, intervir no tratamento do paciente (SANTOS et al, 2019)

Os usuários crônicos descompensados e que fazem polimedicação possuem regimes terapêuticos mais complexos, devido a maior chance de interações medicamentosas, hospitalizações, problemas relacionados à farmacoterapia e reações adversas aos medicamentos.

A reação adversa ao medicamento (RAM) é definida pela organização mundial da saúde (2011) como qualquer resposta prejudicial ou indesejável e não intencional que ocorre com medicamentos em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doença ou para modificação de funções fisiológicas (WHO, 2002)

As RAMs representam uma grande dificuldade no segmento terapêutico. Durante a dispensação de antidiabéticos orais, os relatos de baixa adesão da metformina estão relacionados devido aos seus intensos efeitos gastrointestinais. Já para os hipertensos, o Captopril está entre os medicamentos que apresentam desconforto devido a tosse seca. Cabe aos profissionais das equipes em conjunto com o farmacêutico buscar alternativas disponíveis na rede para fazer o reajuste ou troca do medicamento.

No eixo social, quando consideramos os aspectos da vulnerabilidade, observamos que o não letramento, déficit cognitivo, problemas motores e de acuidade visual influenciam diretamente na administração do medicamento. Entre os grupos que apresentam menor adesão, destacam-se os idosos que possuem baixo letramento (OLIVEIRA et al., 2020).

3.4 Etapa 4 e 5: Hipóteses de solução e aplicação à realidade

A quarta etapa se baseia na construção de hipóteses de solução com base na problematização levantada, reflexão dos pontos-chave e teorização acerca da inserção dos serviços farmacêuticos na APS para usuários com diabetes e hipertensão com o objetivo de ampliar o cuidado e promover o uso racional dos medicamentos. Enquanto a quinta etapa se baseia em como as hipóteses foram aplicadas à realidade; por serem elementos que se correlacionam, serão descritas no mesmo tópico.

A construção das hipóteses levou em consideração os recursos disponíveis na UBS 3 do Itapoã, como espaço apropriado, materiais disponíveis, consultórios e participação de outros profissionais. A tabela a seguir refere-se às hipóteses criadas:

Quadro 2 - Hipóteses de solução construídas pelo autor do trabalho

Hipóteses de solução		
Serviços farmacêuticos	Educação em saúde	Grupos de saúde para os pacientes da unidade com diabetes e hipertensão com a participação interprofissional dos residentes.
	Dispensação	Acolhimento, avaliação da prescrição, orientação e entrega dos medicamentos de diabéticos e hipertensos levando em consideração as singularidades do sujeito.
	Conciliação de medicamentos	Criar rotina com a equipe da farmácia e equipe de saúde de modo a observar medicamentos com duplicidades em pacientes com HAS e DM que são acompanhados pelas ESFs.

Em relação aos serviços farmacêuticos, é necessário priorizar quais são os possíveis de serem realizados na atenção básica. Educação em saúde, dispensação e conciliação de medicamentos estão entre os serviços que podem ser realizados considerando os recursos disponíveis na unidade de saúde.

3.4.1 Educação em saúde

Para a educação em saúde foi definido a participação do farmacêutico residente nos grupos de saúde para os usuários diabéticos e hipertensos. O grupo é conduzido pela residente de nutrição, possibilitando a integração interprofissional dos conhecimentos acerca das ações não-farmacológicas e farmacológicas.

Os encontros foram divididos em primeiro momento e retornos, no primeiro encontro foi abordado sobre o que são essas condições, como devem ser os hábitos diários e as mudanças no estilo de vida para melhores valores glicêmicos e

pressóricos. O farmacêutico abordou sobre o que são os medicamentos, o porquê devemos fazer o uso correto e como isso impacta na manutenção da saúde. Também foi realizada uma dinâmica de mito e verdade sobre os ditos populares em relação aos medicamentos. Ao final, ocorreu um momento de conscientização sobre o descarte correto dos medicamentos e como essas substâncias impactam diretamente no meio ambiente. No grupo de saúde também há possibilidade em detectar as demandas mais individualizadas dos pacientes e direcioná-los para consultas em consultórios.

3.4.2 Dispensação

A dispensação é uma atividade inerente e rotineira do farmacêutico, o ato de dispensar deve ser subentendido como uma ação que ultrapasse uma simples entrega, sendo um momento único de trocas entre usuário e dispensador. Nesse cenário, torna-se imprescindível a qualificação da assistência de modo a fornecer uma maior atenção com os usuários. Além das orientações realizadas no momento da dispensação, é possível durante o acolhimento detectar quais são algumas das demandas mais pontuais que os pacientes com hipertensão e diabetes possuem e levá-las para as equipes de saúde.

As demandas que apareceram com maior frequência em pacientes diabéticos que faz uso de insulina, refere-se a forma correta em utilizar os carpules, enquanto para os pacientes que usam antidiabéticos orais a maior demanda concentrou-se na falta de adesão com a metformina devido os efeitos gastrointestinais.

Para os pacientes com hipertensão, a maior parte da demanda deve-se aos medicamentos que estão em falta na rede e a dificuldade em adquirir no sistema público ou pago nas farmácias. Para atender os pacientes com baixo letramento, foram criadas etiquetas de acordo com a prescrição e via de administração dos medicamentos (Apêndice 1 e 2). Além de caixas organizadoras para os que estão em polifarmácia.

Na dispensação há possibilidade durante a escuta qualificada observar as dificuldades em relação aos medicamentos e marcar consultas individualizadas para atendê-los. Para pacientes diabéticos foram agendadas consultas com o residente de farmácia para o ensinamento da aferição da glicemia e do uso correto da insulina, assim como o transporte ideal e descarte dos insumos utilizados. Enquanto para

pacientes com hipertensão foi preconizado consultas compartilhadas com os/as residentes de nutrição e enfermagem

3.4.3 Conciliação de medicamentos

Em relação à execução do serviço de conciliação de medicamentos encontramos algumas dificuldades, por questões logísticas e de disponibilidade de tempo. A farmácia da unidade possui uma equipe pequena frente à crescente demanda. Os valores de atendimentos dos meses de janeiro a dezembro de 2022 duplicaram em relação a essas mesmas épocas em 2021. Considerando as férias, folgas e o período de inventário, algumas atividades projetadas com o farmacêutico para realizar em consultório acabaram não acontecendo. Porém vale ressaltar que as equipes e o farmacêutico estão sensibilizados da importância da inclusão desse profissional nas atividades com as equipes.

4 DISCUSSÃO

Desde a criação do SUS em 1988, a saúde pública não havia sofrido com tamanho impacto como a da pandemia causada pelo coronavírus. Em 2021, o conselho internacional de ciência (ISC) produziu um documento que debateu sobre as perspectivas para o futuro cenário da COVID19, afirmando que se tratava de um vírus que não seria erradicado, cabendo os governantes desenvolverem as melhores estratégias de políticas públicas durante a evolução da pandemia.

Os tensionamentos políticos, as dificuldades de avanço na vacinação, as informações sem evidências transmitidas pelos meios de comunicação, culminou na fragmentação dos setores, interferindo nos esforços de combate à pandemia. A consequência foi o avanço desproporcional com alta taxa de incidência de contaminação e letalidade (BRASIL, 2021).

Apesar do impacto que toda rede de saúde sofreu, o que evidenciou a fragilidade da governança, o SUS demonstrou ser resiliente e fundamental no processo de diagnóstico, acompanhamento e cura. A atenção primária, considerada como porta de entrada do usuário no sistema e ordenadora da rede, teve papel fundamental nas ações de diagnóstico, atenção aos usuários, suporte social a grupos vulneráveis, vigilância em saúde nos territórios, além da continuidade das ações inerentes a ela (MEDINA, 2020).

Boncompagni et al. (2022) demonstra como os usuários com DM e HAS foram afetados com a pandemia, interferindo na continuidade do cuidado e na adesão ao Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), o que instaura uma preocupação, pois são pacientes que requerem mais atenção por estarem inseridos nos grupos de riscos e que tem maior possibilidade de apresentarem a forma grave da doença.

Considerando a expositiva em relação a reestruturação dos serviços de saúde de acordo com a atual necessidade do cenário, com a possibilidade de novas ondas de contaminação em grande proporção e a necessidade de restabelecer o cuidado para o fortalecimento de vínculos, principalmente para aqueles com condições crônicas, faz-se necessário a inclusão interprofissional dos serviços farmacêuticos.

O farmacêutico é um profissional ainda retratado pela sociedade, por vezes pelos próprios, com o vínculo restrito a atividades gerenciais. Peixoto et al. (2022) aborda as limitações de estudos publicados sobre a inserção do farmacêutico na APS, mas vislumbra a importância em extrapolar a imagem além das fronteiras de um requisitor legal de medicamentos e insumos, contribuindo nas ações voltadas aos indivíduos, famílias e comunidade.

A hipótese de solução foi apoiada junto com outros profissionais de saúde da UBS3 do Itapoã, o que ressalta a importância da sensibilização das equipes e a visão ampliada em integrar outros serviços.

Quando aplicado à dispensação, obtivemos bons resultados e devolutivas dos pacientes; percebe-se que quando oferecemos o cuidado acolhedor e qualificado aos usuários obtemos a transparência da importância de se realizar corretamente a farmacoterapia e em sanarmos dúvidas recorrentes em relação à administração. Outro ponto a ser salientado é como a Política Nacional de Humanização é importante no processo de qualificação deste serviço, promovendo humanização e o reconhecimento do indivíduo de acordo com as particulares.

Em 2003 foi lançada a PNH, que promove trocas de comunicação, valorização e construção entre os gestores, profissionais e usuários, tornando a saúde humanizada. Por ser uma política transversal, está presente em todos níveis de atenção à saúde, sendo uma ferramenta poderosa e aliada para um atendimento mais humanizado e transparente, reverberando no fortalecimento de vínculos. A possibilidade de acolhimento com escuta qualificada durante a dispensação torna-se uma ferramenta importante no processo do cuidado (BRASIL, 2013).

Como pontuado na observação da realidade, a equipe de farmácia na UBS3 do Itapoã é composta fixamente por dois profissionais, o farmacêutico e o técnico, além do residente de forma complementar. Apesar da UBS possuir apenas três equipes de saúde, a demanda apresenta-se crescente, sendo intensificado nos períodos de ondas da COVID-19 e outras condições relacionadas à sazonalidade. A depender do período, a viabilidade de implementar projetos e agendas farmacêuticas se torna menor.

Outra atividade realizada a partir da construção da hipótese foi a idealização e participação nos grupos de diabetes e hipertensos. A adesão dos usuários ao grupo foi boa, com a participação de 17 pessoas no primeiro ciclo e 19 no segundo. Para manter os usuários envolvidos nas ações foi utilizado materiais visuais, dinâmicas considerando a temática do dia. Em relação aos medicamentos, foi conversado sobre a importância da mudança do estilo de vida, quais farmacoterapias estão disponíveis no SUS para diabetes e hipertensão, a importância de fazer o uso correto da medicação, as reações adversas aos medicamentos, problemas relacionados aos medicamentos e o descarte correto. Também foram realizadas dinâmicas sobre mitos e verdades sobre os medicamentos para envolver e protagonizar os saberes das pessoas.

O grupo de diabetes e hipertensão torna-se ainda mais interessante quando pensamos em valores para a redução dos valores da hemoglobina glicada e pressão arterial. A hemoglobina glicada (HbA1C) é um parâmetro bioquímico importante para a mensuração de como está o controle da diabetes, já que está totalmente relacionado aos índices glicêmicos dos 3 meses antecedentes ao exame (ADA, 2007). O fortalecimento dos grupos pode ser alcançado mediante a estratégias que o tornem mais atrativo para os usuários participarem e também manterem a frequência.

O serviço relacionado ao acompanhamento farmacoterapêutico citado na teorização é pouco observado na aplicação a realidade. Torna-se necessário a sensibilização com os farmacêuticos da SES-DF e com os próximos residentes, para tornar essa atividade rotineira no trabalho, já que é de suma importância para promover a adesão ao medicamento e também evitar problemas relacionados a eles.

Considerando o exposto em relação às atividades desenvolvidas e a possibilidade de ampliação das atividades coletivas, observamos que o farmacêutico pode e deve ser inserido nas ações de prevenção, proteção e recuperação da atenção básica, sendo um potencializador quando somado às equipes na construção

interprofissional dos saberes. Além disso, salienta-se a possibilidade de trabalharmos com outros instrumentos que não são tão utilizados no cenário, como a construção do programa terapêutico singular (PTS) e a utilização do MACC.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito universal de acesso ao sistema de saúde em conformidade com as políticas e ações voltadas para a prevenção, promoção e reabilitação faz vislumbrar a grandiosidade do que o SUS representa, destacando-o no protagonismo mundial. Fazer saúde está além das fronteiras da ausência de doenças, é entender o contexto social, econômico e mental que o indivíduo e o coletivo estão inseridos. A atenção básica evidencia a importância do trabalho interprofissional e intersetorial.

O presente estudo teve como principal consequência a sensibilização da importância dos serviços farmacêuticos na atenção primária a partir da construção de hipóteses de solução baseados nos problemas observados durante a residência multiprofissional. A idealização, construção e atuação das ações reforçam a necessidade da desvinculação exclusiva do farmacêutico aos serviços gerenciais e atuação em conjunto com as equipes, a fim de promover um acompanhamento mais adequado, seguro e eficaz. Além disso, os serviços farmacêuticos promovem um olhar mais criterioso aos pacientes que estão fazendo uso de medicamentos promovendo o uso racional.

Todavia, observa-se que as limitações de carga horária técnica e farmacêutica na crescente demanda restringe os profissionais no setor. A possibilidade de absenteísmo, férias e abonos desestabiliza acentuadamente o fluxo do processo de trabalho, já que se trata de uma equipe de duas pessoas. Outro desafio é a imagem do farmacêutico ligada apenas ao serviço gerencial, por mais que se saiba que está além disso, ainda é uma barreira presente e observada no cenário e também na região de saúde como um todo.

Ressalta-se a importância dos serviços dos farmacêuticos na atenção primária através de grupos de educação em saúde, visitas domiciliares, participação em reuniões de equipes, gestão de casos e entre outras atividades, que criam indicadores e fortalecem a APS. Ademais, mesmo diante dos cenários mais brandos e mais críticos observamos a potência que é fazer saúde com todos os profissionais

envolvidos e a necessidade em afastarmos do modelo biomédico para o interprofissional, buscando criar saberes e vínculos.

REFERÊNCIAS

- AIZENSTEIN, M.L.; TOMASSI, M.H. **Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações.** Revista de Ciências Farmacêuticas e Básica, São Paulo, v.32, n.2, p.169-173, 2011.
- ALBUQUERQUE G.S.C. et al. **Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir de prescrição pictográfica.** Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.611-624, 2016.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. **Consensus statement on the worldwide standardization of the hemoglobin A1C measurement.** *Diabetes Care*, v. 30, n.9, p. 2399-400, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.2337/dc07-9925>>. Acesso em: 21 de dez. de 2022.
- ANDRADE S.S.A. et al. **Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.24, n.2, p.297-304, 2015.
- BARROSO, W.K.S. et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.** *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v.116, n.3, p.516-658, 2021. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/207940>>. Acesso em: 10 de out. de 2022.
- BATISTA, G.F. et al. Principais fatores que influenciam na adesão do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v.11, n.1, 2022.
- BERBEL, N.A.N. **A metodologia da problematização com o arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica.** Londrina: Editora UEL, 2012.
- BONCOMPAGNI, L.M. et al. **Impactos da pandemia da covid-19 na assistência de enfermagem aos pacientes hipertensos e diabéticos na atenção primária à saúde: revisão da literatura.** *Revista Científica Multidisciplinar*, v.3, n.1, 2022. Disponível em <<https://doi.org/10.47820/recima21.v3i1.1055>>. Acesso em: 22 de dez. de 2022.
- BONOW, R.O. et al. **Prevention conference VI: Diabetes and Cardiovascular disease. Writing Group V: Management of Cardiovascular-Renal Complications.** *Circulation*, v.105, n.18, p.e159-e164. Disponível em: <<https://doi.org/10.1161/01>>. Acesso em: 10 out. 2022.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF. 2016. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Decreto n.º 85.878, de 07 de abril de 1981. Estabelece normas para execução da Lei n.º 3.820, de 11 de novembro de 1960. Dispõe sobre o exercício da profissão de farmacêutico, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília-DF, 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d85878.htm>. Acesso em: 03 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. 1 ed. Brasília, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fo_lheto.pdf>. Acesso em: nov. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos princípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 1º edição, Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)**. Editora MS, 1 ed. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não

transmissíveis no Brasil. Editora MS, 1 ed. Brasília. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância De Fatores De Risco e Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico – VIGITEL. **Relatório aponta que o número de adultos com hipertensão aumentou 3,7% em 15 anos no Brasil.** 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/relatorio-aponta-que-numero-de-adultos-com-hipertensao-aumentou-3-7-em-15-anos-no-brasil>>. Acesso em 14 de out. de 2021.

CHRISTINELLI, H.C.B. et al. **Fatores relacionados à adesão ao tratamento farmacológico por idosos na atenção primária à saúde.** Ciência, Cuidado e Saúde, v.19, n.48105. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.48105>>. Acesso em: 13 de out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. Resolução n.º 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual.** 2016. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2022.

DESTRO, D.R. et al. **Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n.3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310323>>. Acesso em: 13 de out. 2021.

FURTADO, L.G.; NOBREGA, L.M.M. **Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem.** Florianópolis. v. 22, n.4. 2013. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400039>> acesso 11 dez. 2022.

GUADALUPE, M.M. et al. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?** Cadernos de Saúde Pública; v. 36, n.8. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. Acesso em: 20 de novembro de 2021.

GUIMARÃES, P.H.D.; PACHECO, R.P.; MORAIS, Y.J. **Cuidados farmacêuticos e o uso de Medicamentos Isento de Prescrição (MIPs).** *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, p. e485101220405, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20405>>. Acesso em: 4 de dez. de 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual.** Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf>. Acesso em: 10 de out. de 2021.

International Diabetes Federation – IDF. **Diabetes Atlas.** 10 ed. 2021.

KANG J.S.; LEE, M.H. **Overview of Therapeutic Drug Monitoring**. The Korean Journal of Internal Medicine. v.24, n.1, p.1-10. 2009. Disponível em <<https://doi.org/10.3904/kjim.2009.24.1.1>>. Acesso em 11 de dez. de 2022.

KANNEL, W.B. **Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study**. *American Journal of Hypertension*, v.13, p.3S–10S 2000. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0895-7061\(99\)00252-6](https://doi.org/10.1016/S0895-7061(99)00252-6)>. Acesso 10 de out. de 2022.

LIMA, T.J.V. et al. **Reações adversas a medicamentos entre idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados**. *Arch Health Invest*, v.06, n.3, pag.129-135.2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.21270/archi.v6i3.1921>>. Acesso 10 de out. de 2022.

MALACHIAS M.V.B. et al. **VII Diretriz de Hipertensão Arterial Brasileira**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, v.107, n.03, 2016.

MEDINA, M.G. et al. **Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.36, n.8, 2020. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>>. Acesso 20 de dez. de 2022.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2º edição, 2011. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes Atencao Saude Eugenio 2ed.PDF](https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes%20Atencao%20Saude%20Eugenio%202ed.PDF)>. Acesso em 10 de dez. de 2022.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 1º edição, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em 10 de dez. de 2022.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD – INSTITUTE NIH. **Risk factors for high blood pressure**. 2022. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/hbp/atrisk>>. Acesso em: 10 de out. de 2022.

OLIVEIRA, D.F. et al. **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes atendidos por um centro integrado de saúde**. *Brazilian Journal of Natural Sciences*, v.3, n.3, p.330-340, revista eletrônica. 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.31415/bjns.v3i3.113>>. Acesso 20 de dez. de 2022.

PACE, A.M. et al. **Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n.5, p. 514 - 521, 2002. Disponível em <<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20020067>>. Acesso em 10 de out. de 2022.

PADRO, M.L. et al. **Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde**. Experiência de

informe, v.16, n.1, p.172-177. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023>>. Acesso em: 10 de nov. de 2022

PEIXOTO, R.T. et al. O **farmacêutico na atenção primária à saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.46, n.133, p.358-375. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213308>>. Acesso em: 26 de dez. de 2022.

REDMON, P. et al. Impact **of medication reconciliation for improving transitions of care**. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 8*. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010791.pub2>>. Acesso em: 5 de dez. de 2022.

SANTOS, W.P. et al. Interfaces da (não) adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo II. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 56–63, 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – SES-DF. Nota Técnica nº 02/2017. Instrumentos para organização do Cuidado Farmacêutico nas Unidades Básicas de Saúde da SES/DF. Diretoria da Assistência Farmacêutica, Brasília, 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – SES-DF. Portaria nº 250, de novembro de 2017. Dispõe sobre normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal**, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes**. Editora Científica, 2020. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 27 de out. de 2022.


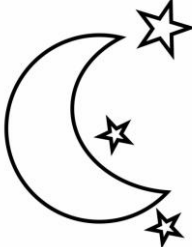
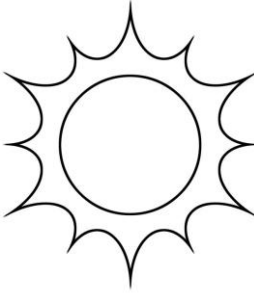


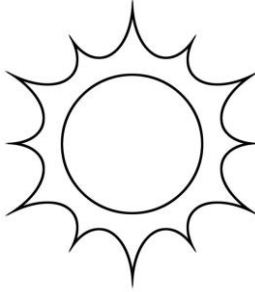
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Editora MS, Brasília, n.59, 2002. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 10 de out. de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Expert Committee on Arterial Hypertension**. Geneva, 1978. *Report*. Geneva, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Importance of pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products**. Geneva: World Health Organization, 2002.












APÊNDICES









Apêndice A: Etiquetas confeccionadas para identificação na caixa de organização para pacientes hipertensos com letramento médio.

<p>Memantina (Memória)</p>  <p>Tomar 1 comprimido</p>	<p>Sinvastatina 20 mg (colesterol)</p>  <p>Tomar 2 comprimidos</p>
<p>Losartana 50 mg (Pressão)</p>  <p>Tomar 1 comprimido</p>	<p>Ácido Acetilsalicílico 100 mg (ASS) (Sangue)</p>  <p>Tomar 1 comprimido</p>
<p>Cinarizina 75 mg (tontura)</p>  <p>Tomar 1 comprimido</p>	<p>Levotiroxina 50 MCG (tireoide)</p> 

	Tomar 1 comprimido (Jejum)
--	----------------------------

Apêndice B: Etiqueta para auxiliar a administração do medicamento.

 <h2>Remédio</h2> <hr/>  <p>Tomar</p> <hr/>  <input data-bbox="343 761 462 817" type="text"/>  <hr/>  <input data-bbox="343 1008 462 1064" type="text"/> 	 <h2>Remédio</h2> <hr/>  <p>Tomar</p> <hr/>  <input data-bbox="997 772 1117 828" type="text"/> <hr/>  <input data-bbox="997 940 1117 996" type="text"/> <hr/>  <input data-bbox="997 1120 1117 1176" type="text"/>
---	--

 <h2>Remédio</h2> <hr/>  <p>Tomar</p> <hr/>  <input data-bbox="359 1673 478 1729" type="text"/> 	 <h2>Remédio</h2> <hr/>  <p>Tomar</p> <hr/>  <input data-bbox="973 1668 1093 1724" type="text"/> 
--	--

