



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

VICENTE FERREIRA DO NASCIMENTO NETO

**A INSERÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARIQUEMES-RO
2012

Vicente Ferreira do Nascimento Neto

**A INSERÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Farmácia da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente – FAEMA,
como requisito parcial a obtenção do grau
de bacharelado em: Farmácia

Prof. Orientador: Nelson Pereira da Silva
Junior

Ariquemes - RO
2012

Vicente Ferreira do Nascimento Neto

**A INSERÇÃO DO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao curso de
graduação em Farmácia – FAEMA
requisito parcial à obtenção do Grau de
Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador Nelson Pereira da Silva Junior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Esp. Úrsula Maria de Mesquita Lima
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Esp. Cleusi Fátima de Souza Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 29 de Junho de 2012

A Deus, por ser minha fortaleza e meu guia.

A meus pais, pela minha vida e cuidado.

A minha família, que sempre me apoiaram

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Orientador, pela dedicação em todas as etapas deste trabalho. A minha família, pela confiança e motivação.

Aos amigos e colegas, pela força e incentivos.

Aos professores e colegas de Curso, pois juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas.

A todos que, de algum modo, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

*Dificuldades e obstáculos
são fontes valiosas de saúde
e força para qualquer sociedade.*

ALBERT EINSTEIN

RESUMO

Foi estabelecido pela Constituição Brasileira em 1988 que saúde é direito de todos e dever do estado, e conseqüentemente a implantação implantando o Sistema Único de Saúde (SUS). Para alcançar seu objetivo o Estado passa a criar políticas socioeconômicas que visam melhorar a qualidade de vida da população. Em 1991, o Ministério Saúde (MS) cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) reduzindo a incidência de mortalidade infantil e materna cobrindo as áreas menos favorecidas. Com o sucesso do PACS o MS insere o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. O PSF tem o objetivo promover saúde, aproximando a equipe multidisciplinar do paciente através de visitas domiciliares e cadastramento, conhecendo melhor o perfil epidemiológico e social. O objetivo deste trabalho é discorrer sobre a Atenção Farmacêutica no PSF. Metodologia trata-se de uma revisão literária sobre assistência farmacêutica e sua função nos programas de saúde familiar. A Assistência Farmacêutica é a soma de ações a fim de promover a recuperação e prevenção da saúde coletivamente ou individualmente. O farmacêutico promove a Assistência Farmacêutica, auxiliando no tratamento do paciente, encontrando os Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) e dificuldades de adesão no tratamento. Com a inserção do profissional farmacêutico na equipe de saúde da família, através do Uso Racional dos Medicamentos (URM), ocorre a diminuição das intercorrências hospitalares, o processo de diagnóstico da doença, as administrações desnecessárias reduzindo os gastos nos cofres públicos, oferecendo maior economia e melhor qualidade de vida para a população.

Palavras-chaves: Assistência Farmacêutica, Atenção Farmacêutica, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

It was established by the Brazilian Constitution in 1988 that health is everyone's right and duty of the state, and therefore the deployment of the Unified Health System (SUS). To achieve its goal the state will create socio-economic policies aimed at improving the quality of life. In 1991, the Health Ministry (MS) creates the Community Agents Program (PACS) reducing the incidence of infant and maternal mortality, covering the areas less fortunate. With the success of PACS MS enters the Family Health Program (PSF) in 1994. The Program aims to promote health, bringing together a multidisciplinary team of the patient through home visits and registration, getting to know the epidemiological and social. The objective of this work is to discuss the Pharmaceutical Care in the PSF. Methodology it is a literature review on pharmaceutical care and its role in family health programs. The Pharmaceutical Care is the sum of actions to promote the recovery and prevention of health collectively or individually. The pharmacist promotes the Pharmaceutical Care, assisting in patient care, meeting the Problems Related to Medicines (PRM) and difficulties of adherence to treatment. With the inclusion of the pharmacist in the family health team, through the Rational Use of Medicines (URM), there is a decrease of the hospital complications, the process of diagnosing the disease, reducing unnecessary administrations and savings in public coffers, offering greater economy and better quality of life for the population.

Keywords: Pharmaceutical Assistance, Pharmaceutical Attention, Health Family Program.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	3
2.1 OBJETIVO GERAL.....	3
2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	3
3. METODOLOGIA	4
4. REVISÃO DE LITERATURA	5
4.1 A ATENÇÃO FARMACÊUTICA.....	5
4.2 PANORAMA DA INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NO PSF.....	6
4.3 ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO PSF.....	7
4.3.1 Assistência Farmacêutica para Idosos dentro do PSF	9
4.3.2 Assistência Farmacêutica na Hipertensão Arterial dentro do PSF	10
CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
REFERÊNCIA	14

INTRODUÇÃO

Em 1988 foi estabelecido pela Constituição Brasileira o lema: “saúde é direito de todos e dever do Estado”, em outras palavras, o Estado deve oferecer ações em prevenção, promoção e recuperação de saúde. Esse direito foi garantido através da Lei 8080/90 “Lei orgânica da saúde.” A lei 8080, no artigo 3º preconiza que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como fatores determinantes para saúde a alimentação, segurança, moradia, educação, ambiente, transporte, lazer, todos bens e ações que tragam bem-estar, portando a saúde é definida como bem estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Em 1991, para aprimorar as ações do SUS, o Ministério Saúde (MS) cria o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para diminuir a incidência de mortalidade infantil e materna cobrindo as áreas menos favorecidas. Com o sucesso do PACS o MS insere o Programa de Saúde Familiar (PSF) em 1994. No PSF a família é focada como uma unidade de referência na promoção de saúde e esta necessita de visitas domiciliares regulares e é o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que realiza as visitas com os outros profissionais de saúde. Segundo Rosa e Labate (2005), o PSF tem o objetivo de promover saúde aproximando a equipe multidisciplinar do paciente, atendendo o perfil epidemiológico e social da população.

Com o PSF, o governo criou uma ferramenta para diminuir as intercorrências hospitalares, prevenindo e educando o usuário. Para agilizar a implantação do PSF o Governo Federal e Estadual utiliza apoios financeiros para instigar os municípios. Ao longo do tempo a equipe multidisciplinar do PSF vem mudando. No início, conforme a Constituição Brasileira (1997), a equipe era composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em 2000 foram incluídos um odontólogo e um atendente de consultório dental ou agente de higiene bucal. Em 2006 a Portaria nº 698 inclui o farmacêutico na Atenção Básica e no PFS se baseando na Assistência Farmacêutica. (MARQUES, 2008).

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de várias ações a fim de promover a prevenção e a recuperação da saúde de um grupo ou individuo tendo o medicamento como insumo fundamental, sendo o farmacêutico um dos profissionais que realizam Assistência Farmacêutica. Incluída dentro da Assistência Farmacêutica está a “Atenção Farmacêutica” que consiste no uso racional do medicamento,

auxiliando no tratamento do paciente, através da detecção dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) e dificuldades de adesão no tratamento. Essas ações são chamadas de seguimento farmacoterapêutico. (PEREIRA e FREITAS, 2008).

Esta revisão de literatura justifica-se, pois atualmente observa-se uma crescente demanda do profissional farmacêutico no campo (nos programas) da Assistência Farmacêutica.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Discorrer sobre a Assistência farmacêutica no Programa Saúde da Família (PSF).

2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Definir Assistência Farmacêutica;
- Relatar o histórico da inserção do farmacêutico no PSF;
- Discorrer sobre a atuação do farmacêutico no PSF baseando na Assistência Farmacêutica.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura sobre assistência farmacêutica e sua função nos programas de saúde familiar. Realizou-se em junho de 2011 até abril de 2012 com publicações impressas em livros da biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA e busca eletrônica nas bibliotecas eletrônicas da Scielo (acessado em <http://www.scielo.org/php/index.php>) e Google Acadêmico (acessado em <http://scholar.google.com.br/>). As palavras de busca utilizadas foram: "Programas Saúde da Família", "Assistência Farmacêutica", "Atenção Farmacêutica", "Dispensação", "hipertensão" e "Agentes Comunitários de Saúde".

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

Durante a industrialização dos medicamentos em 1940 as drogarias suplantaram as farmácias officinais no Brasil. Desse modo as fórmulas magistrais foram saindo dos receituários médicos para entrada dos nomes comerciais dos medicamentos e o farmacêutico em apenas um vendedor de medicamentos. Essa situação na década de 60 levou os acadêmicos e docentes da Universidade de São Francisco nos Estados Unidos da América a realizarem um estudo que gerou um movimento chamado “Farmácia Clínica.” A Farmácia Clínica aproximou o farmacêutico do paciente e da equipe de saúde, desenvolvendo atividades de farmacoterapia. Com a Farmácia Clínica começou uma revolução na área farmacêutica no qual mais tarde em 1980 surgiu o termo Atenção Farmacêutica que é a atenção que um paciente recebe com garantias do uso seguro e racional de medicamentos. Até hoje a definição de “Atenção Farmacêutica” passa por vários conceitos em busca de oferecer melhor serviço ao paciente e a equipe profissional de saúde. No ano de 1994 na reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Tóquio definiu-se o papel do farmacêutico como prestador da Assistência Farmacêutica. (PEREIRA e FREITAS, 2008).

A Assistência Farmacêutica juntamente com a relação farmacêutico-paciente vem sendo resgatada através da Atenção Farmacêutica, que faz o farmacêutico a se transformar de um fabricante e controlador de fluxo de medicamentos em um co-responsável pelo tratamento do paciente por meio do Uso Racional do Medicamento (URM). O URM é a utilização da medicação com a prescrição correta quanto à indicação clínica, dosagem, período, e custo menor possível para o paciente e para comunidade. (ANGONESIS, 2008).

Baseado nos estudos realizados por Provin et al. (2010), o processo de identificação dos PRM feito pelo profissional farmacêutico esta incluído dentro da Atenção Farmacêutica. A detecção dos PRM torna o tratamento mais eficiente, reduzindo significativamente os gastos com intercorrências hospitalares, tanto no processo diagnóstico como na dispensação de medicamentos. O Consenso de Granada (Segundo Comitê Consenso, 2002), classifica os PRM em três necessidades fundamentais da farmacoterapia, conforme o quadro 1.

Quadro 1- Classificação dos Problemas Relacionado com Medicamento (PRM), de acordo com consenso de Granada (Provin et al 2010):

NECESSIDADE
PRM1: Paciente não usa o medicamento que necessita.
PRM2: Paciente usa o medicamento que não necessita.
EFETIVIDADE
PRM3: Paciente usa o medicamento que está mal selecionado.
PRM4: Paciente usa uma dose, pauta e/ou duração inferior que necessita.
SEGURANÇA
PRM5: Paciente usa uma dose, pauta e/ou duração superior que necessita.
PRM6: Paciente usa um medicamento que lhe provoca uma reação adversa.

4.2 PANORAMA DA INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NO PSF

No Brasil, o profissional farmacêutico se tornou mais importante dentro do grupo multidisciplinar de saúde em 1990, através da aprovação da Lei 8080 “Lei Orgânica da Saúde”. Com o tempo, as diretrizes de universalidade, descentralização e a participação da comunidade proposta pelo PSF criam a necessidade da inclusão de mais membros para compor a equipe multidisciplinar, com a organização de hierarquia, territorialização e cadastramento local suprimindo o modelo anterior de Atenção Primária que se baseava na relação médico-paciente e no atendimento individual. (MARTINES e CHAVES, 2007).

Em 1998 a Portaria 3916 do Conselho Nacional de Saúde descreve Assistência Farmacêutica como ações voltadas aos tratamentos farmacoterapêuticos, envolvendo abastecimento, controle de qualidade, eficácia terapêutica, acompanhamento e avaliação da utilização do medicamento para assegurar o Uso Racional de Medicamento (URM). A portaria 3916 também cria a Política Nacional de Medicamentos que torna o farmacêutico como o profissional destinado a dispensação de medicamentos.

Já em 2004 o Conselho Nacional de Saúde na Resolução da Diretoria Colegiada 338/04 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que consolida na prática da Assistência Farmacêutica os princípios doutrinários do SUS como universalidade, integralidade e equidade, tanto no setor público como no privado.

A composição dos profissionais no PSF veio se alterando ao longo do tempo até que em março de 2006, com a portaria nº 698/06 do MS, é incluído o farmacêutico dentro da Atenção Básica e com isso também foi incluído no PFS se baseando na Assistência Farmacêutica.

A Portaria 154 de 25 de janeiro de 2008, do MS cria o Núcleo de Apoio à Saúde da família, com a intenção de organizar e aprimorar a equipe do PSF, insere vários profissionais da saúde, incluindo o farmacêutico.

4.3 ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO PSF.

Para Rosa e Labate (2005), toda equipe de saúde do PSF deve promover a educação da saúde resolvendo os problemas identificados e aumentando a qualidade de vida da população. Para isso é necessário que a equipe esteja preparada para identificar e notificar a realidade epidemiológica e demográfica das famílias, deve reconhecer os riscos e planejar a metodologia educativa do processo saúde-doença.

Para desempenhar uma atuação mais próxima da proposta da atenção primária do SUS que idealiza o atendimento familiar é necessária que haja co-responsabilidade entre os membros do PSF no cuidado e na estruturação de um vínculo com o paciente, troca de informações e experiências com os demais profissionais de forma interdisciplinar. Dentro da estratégia existem 3 (três) áreas de atuação do farmacêutico: na área gerencial/administrativo, nas ações direcionadas ao usuário (dispensação, orientação e atividades educativas), nas ações direcionadas à equipe de saúde (suporte informativo sobre medicamentos e auxílios terapêuticos). É necessário que o farmacêutico aprimore seus conhecimentos para exercer qualquer uma das atuações apresentadas em ações que relacionem o cuidado com o usuário e que o mesmo tenha pleno conhecimento da prática da Atenção Farmacêutica, habilidades de trabalho em equipe e ferramentas que auxiliem a abordagem familiar. (FOPPA et al, 2008).

Nunes, Amador e Heineck (2008), descrevem em seu estudo, que é necessário que o farmacêutico assessore e interaja com ACS, pois o ACS é o principal meio de contato com a comunidade. Muitas vezes os ACS são solicitados para tirar dúvidas dos pacientes sobre os medicamentos, podendo até solicitar a visita do farmacêutico

na casa paciente, em casos de maiores dificuldades dos pacientes a adesão ao tratamento. Nesse mesmo estudo os pesquisadores relatam que os ACS notaram a importância das informações sobre medicamentos, principalmente nos pacientes de doenças crônicas, devido a ocorrência de PRM como Interações Medicamentosas e Reações Adversas Medicamentosas.

No trabalho de Provin et al (2010), em que relatam sua experiência no município de Goiânia, os outros profissionais de saúde notaram melhorias nos tratamentos com a colaboração do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. Discorre a possibilidade de que tenha ocorrido maior gasto com medicamentos no período anterior da prestação da Assistência Farmacêutica ocasionando PRM que não foram identificados e corrigidos, e esses gastos são de grande relevância sendo levado em conta que o município de Goiânia teve um gasto de R\$ 433 milhões em 2007.

É importante que ocorra a orientação do paciente através do conhecimento sobre a patologia e do tratamento. Dependendo da patologia, em casos crônicos, deve entender a necessidade de adaptar seu modo de vida pessoal para obter melhor qualidade de vida. (BRITO et al, 2008). O mau desempenho da farmacoterapia tem grande relevância quanto à qualidade de vida do paciente do SUS. Para tornar mais eficiente o tratamento devemos associar a Atenção Farmacêutica como estratégia da Assistência Farmacêutica na Estratégia de Saúde Familiar. (PROVIN et al, 2010).

Existem vários fatores na farmacoterapia que o farmacêutico pode evitar e corrigir como nos casos de pacientes que não seguem corretamente a prescrição, a má ou nenhuma orientação prestada durante a dispensação e a automedicação que ocasiona um tratamento ineficaz, e por sua vez a utilização de medicamentos errados, que cria gastos desnecessários aos cofres públicos. Existe 3 (três) áreas de atuação do farmacêutico prestando à Atenção Farmacêutica dentro do PSF, que são: as visitas domiciliares, no posto de saúde durante a dispensação e na orientação aos outros profissionais da equipe de saúde. (MARQUES, 2008).

Atualmente o farmacêutico atua no PSF na assistência dos idosos e hipertensos arteriais. É complicado para o farmacêutico realizar a Atenção Farmacêutica dentro da equipe de saúde, pois geralmente está preso a uma série de questões burocráticas e operacionais, e para melhorar é preciso que ocorra maior inserção de farmacêuticos na Atenção Básica de Saúde e no PSF. (ARAÚJO et al, 2008).

4.3.1 Assistência Farmacêutica para Idosos dentro do PSF

A lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994 que regulamenta a Política Nacional do Idoso dispõe sobre os cuidados de saúde direcionados ao idoso no Capítulo IV artigo 10. A mesma lei determina que o governo deve realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação garantindo ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS.

O idoso é definido como pessoa com idade de 60 anos ou superior segundo Estatuto do Idoso. O Estatuto regula e assegura os direitos dos idosos, determinando que seja obrigação da família, da sociedade e do poder público garantir o bem estar biopsicossocial do idoso. O Artigo 15 do Estatuto do Idoso garante para o idoso, atendimento integral, igualitário e universal de ações e serviços de Saúde, portanto o SUS deve promover e prevenir a saúde do idoso, dando atenção principalmente para as patologias que geralmente acometem os idosos. (Brasil, 2003).

Segundo Marques (2008) o atual cenário da saúde no Brasil é de preocupação com o idoso devido à perspectiva de crescimento do número dos idosos ocasionado pelo aumento da expectativa de vida dos brasileiros, com isso, maior incidência de doenças degenerativas e crônicas. O farmacêutico deve oferecer um atendimento especial para o idoso, através da Atenção Farmacêutica, devido a variedade de medicamento consumido pelo idoso, o que pode causar interações medicamentosas e provoca alterações na farmacodinâmica e farmacocinética, e tornar o medicamento tóxico. Sabe-se que vários pacientes idosos possuem polifarmácias domiciliares e que se automedicam.

São necessárias visitas periódicas principalmente em domicílios que apresentam pacientes idosos, pois existem diversas indicações de medicamentos sem que exista a clara correspondência entre a doença, podendo ocasionar Reações Adversas Medicamentosas e Interações Medicamentosas (ROSENFELD, 2003).

Cabe o farmacêutico detectar os PRM, trabalhando com a educação, orientação do paciente e conscientizando da importância do tratamento farmacoterapêutico. A interação entre os membros da equipe multidisciplinar do PSF e o farmacêutico pode melhorar a adesão ao tratamento do paciente idoso, aumentando significativamente a qualidade de vida do paciente. (ANDRADE, SILVA E FREITAS, 2009).

Segundo Foppa et al (2008), na prática já foi evidenciado melhores resultados na Atenção Básica, quando é resolvido os PRM, de determinados pacientes como idosos que geralmente apresentam doenças crônicas e/ou degenerativas que fazem uso de polimedicação, em casos que houve a atuação do farmacêutico.

4.3.2 A Assistência Farmacêutica na Hipertensão Arterial dentro do PSF

Segundo Duarte, Cyrino e Cerqueira (2010), quando falamos de Hipertensão Arterial (quando se trata em um nível que apresenta risco ao paciente) estamos falando de um problema de grande relevância para saúde pública no Brasil, sendo o principal grupo em mortalidade. Foram mais de 1 bilhão de internamentos de pacientes que apresenta problemas cardiovasculares com um gasto estimado de R\$ 1.323.775.008,28 (um bilhão trezentos vinte três milhões setecentos setenta e cinco mil e oito reais e vinte oito centavos) em 2005 segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006).

O tratamento da hipertensão arterial se baseia em vida com hábitos saudáveis, excluindo da vida do paciente os maus hábitos que possam elevar a hipertensão em um nível nocivo. Há casos de pacientes que não possuem efeitos graves na hipertensão e acham que não vale a pena seguir o rigidamente o tratamento, podendo com o tempo evoluir a patologia. Se faz necessário que ocorra o acompanhamento de profissionais de saúde para a manutenção no tratamento, mas principalmente é preciso que o paciente aceite o novo estilo de vida para controlar os níveis de hipertensão. A falta de adesão do paciente é devido o desconhecimento da patologia, e da importância de seguir o tratamento regularmente e continuamente. Nestes casos o profissional de saúde tenta solucionar esses problemas com acompanhamento e esclarecimento de dúvidas do paciente (BRITO et al, 2008).

Os estudos de Brito et al, (2008) descrevem que ao se avaliar a percepção dos pacientes sobre seu estado de Saúde, este foi manifestado como muito bom, tais resultados provavelmente decorrem do fato de que os pacientes encontram um serviço de saúde que disponibiliza profissionais capacitados, medicamentos específicos, trabalhos desenvolvidos em grupo e acompanhamento domiciliar, refletindo a Estratégia Saúde da Família no contexto social da população com melhoria da sua qualidade de vida.

O farmacêutico atua no tratamento dos pacientes hipertensos através da informação quanto URM, acondicionamento das medicações, duração do tratamento e a avaliação da prescrição, visando evitar fatores que possam prejudicar a saúde do paciente ou tratamento do paciente. (SOUZA e BERTONCIN, 2008)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil ainda não organizou a assistência farmacêutica, principalmente no SUS, onde o profissional farmacêutico é utilizado geralmente apenas como um controlador do fluxo de insumos na área de saúde, onde a Atenção Farmacêutica só ocorre na dispensação dos medicamentos em um lugar físico.

Atualmente a profissão farmacêutica junto com outras profissões vem passando por mudanças com o objetivo de alcançar maior potencial e eficácia em suas áreas ou abrangendo novas áreas. Com as novas mudanças da atuação o farmacêutico vem se tornando cada vez mais um personagem importante na saúde. Em países desenvolvidos que já possuem um sistema de saúde estruturado é reconhecida a necessidade da participação profissional farmacêutico na equipe de saúde, por causa de sua atuação na farmácia clínica.

A Assistência Farmacêutica é de grande relevância na promoção de saúde e por isso é resgatada a velocidade que o atendimento farmacêutico vem se humanizando através da Atenção Farmacêutica, melhorando a relação entre paciente e farmacêutico. O farmacêutico se transforma de um fabricante e controlado de fluxo de medicamentos em um co-responsável pelo tratamento do paciente por meio do URM.

Na prestação de Atenção Farmacêutica, o farmacêutico, pode atuar nas visitas domiciliares avaliando a evolução do tratamento procurando detectar possíveis PRM e na orientação do paciente. No posto de saúde durante a dispensação educando demonstrando a importância para o paciente de seguir rigidamente a prescrição. E na orientação e discussão com os outros profissionais da equipe de saúde sobre os PRM que possa ocorrer. Também é muito importante que trabalhe com o ACS, pois este profissional é o que tem maior contato com o paciente e pode auxiliar a criar um perfil epidemiológico e demográfico da região.

Nos casos de pacientes hipertensos o farmacêutico pode atuar no tratamento através da informação quanto URM, acondicionamento das medicações, duração do tratamento e a avaliação da prescrição, visando evitar fatores que possam prejudicar a saúde do paciente ou tratamento do paciente.

Quando se trata de paciente idoso o farmacêutico precisa realizar visitas periódicas em domicílio, pois existem diversas indicações de medicamentos sem que exista a clara correspondência entre a doença acarretando PRM.

A inserção do profissional farmacêutico na equipe de saúde da família, a partir dos serviços de Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica, proporcionam o URM, melhora a qualidade de vida do paciente, diminui as intercorrências hospitalares, o processo diagnóstico da doença e reduz as administrações desnecessárias ocasionados pelos PRM, com isso reduz os gastos nos cofres públicos.

REFERÊNCIA

ANDRADE, Marcieni Ataíde de Andrade; SILVA, Marcos Valério dos Santos; FREITAS, Osvaldo. Assistência Farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. **Ciências Biológicas e da Saúde**. 2009. ISSN Print: 1676-5435. EISSN: 1679-0367

ANGONESE, Daniela. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(sup): 629-640. 2008.

ARAÚJO, Aílson da Luz André.; PEREIRA, Leonardo Régis Leira.; UETA, Julieta Mieko; FREITAS, Osvaldo de. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(sup): 611-617, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. RDC 338 de 2004. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília. Ministério da Saúde. 6 de Maio 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação de implantação e funcionamento do Programa de saúde da família – PSF. p 65. Brasília. Ministério da Saúde. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154 de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. 25 de Janeiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3916 de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. 30 de Outubro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso / ministério da saúde. 1ed. 2ª reimpr. Ministério da Saúde. Brasília-DF. 70p. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 698 de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS. 30 de Março de 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília. 19 de setembro de 1990.

BRITO, Daniele Mary Silva de; ARAUJO, Telma Leite de; GALVÃO, Marli Teresinha Girmenes; Et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, abril de 2008. Vol.24, Nº 04, p. 933-940. ISSN 0102-311X.

DUARTE, Maria Teresinha Cassamassimo; CYRINO, Antonio Pithon; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; Et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de Hipertensão Arterial: A perspectiva do Sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2603-2610, 2010.

FOPPA, Aline Aparecida; BEVILACQUA, Gabriela; PINTO, Luciano Henrique and BLATT, Carine Raquel. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** vol.44, n.4, pp. 727-737. ISSN 1516-9332. 2008.

MARQUES, M. M. Atenção Farmacêutica: Instrumento de Educação em Saúde no Programa de Saúde da Família. **Dissertação de Mestrado do centro universitário Plínio Leite**, 2008.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Ver Esc Enferm USP**; 41(3):426-33, 2007.

NUNES, Carla. Cafarate; AMADOR, Tânia Alves; HEINECK, Isabela. O medicamento na rotina de trabalho dos ACS da Unidade Básica de saúde de Santa Cecília. Porto Alegre – RS. **Saúde de Soc.** São Paulo. Vol. 17. Nº 1. Pg. 7-30, 1997.

PEREIRA, Leonardo Régis Leira; FREITAS, Osvaldo de. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** vol.44, n.4, pp. 601-612. ISSN 1516-9332. 2008.

PROVIN, Mércia Pandolfo; CAMPOS, Andréa de Paula; NIELSON, Sylvia Escher de Oliveira and AMARAL, Rita Goreti. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.** vol.19, n.3, pp. 717-724. ISSN 0104-1290. 2010.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde Família: a construção de um modelo de assistência. **Revista Latino-Am Enfermagem** 13(6):1027-34, Nov/dez, 2005.

ROZENFELD, Suely. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3): 717-724, maio-junho, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENÇÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. 2006.

SOUZA, Valdomiro Vagner; BERTONCIN, Ana Lúcia Francisco. Atenção farmacêutica para pacientes hipertensos – Nova metodologia e importância dessa prática no acompanhamento domiciliar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 21, Num. 3, 2008, PP. 224-230, ISSN 1806-1222.