

Ciências da Saúde

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA JUNTO À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PHARMACEUTICAL INTERVENTION AT THE PRIMARY HEALTH CARE FAMILY

Ana Paula Alcântara;¹
André Tomaz Terra Junior.²

RESUMO

A Atenção Básica visa promover e proteger a saúde da família, evitar agravos, diagnosticar, tratar e reabilitar os portadores de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e outras. O objetivo desta pesquisa bibliográfica é descrever a importância da intervenção farmacêutica junto à Atenção Básica de Saúde da Família. A metodologia utilizada foi de revisão de literatura com estudos em obras elaboradas por outros autores e publicadas e indexadas na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e outras plataformas eletrônicas no período de 2005 a 2015. Das 56 obras selecionadas, resultaram em 32 publicações utilizadas nesta pesquisa. O estudo aponta que a Estratégia de Saúde da Família dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde e Ministério da Saúde realizará por meio da equipe multiprofissional a manutenção da saúde e da atenção integral da população. Conclui-se que a intervenção farmacêutica é importante para o estreitamento dos laços com a comunidade e a gestão dos medicamentos de uso contínuo empregados no tratamento da DM e HAS.

Palavras-Chaves: Atenção Básica de Saúde, Doença Crônica não Transmissível, Equipe Multiprofissional, Intervenção Farmacêutica.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Farmácia (Bacharelado) da Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA, Ariquemes, RO, Brasil, e-mail: ana.paulaalcantara@hotmail.com;

² Docente do Curso de Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA, Ariquemes, RO, Brasil. PhD Student, Department in Experimental Medicine and Laboratory of Uro-Oncology, School of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Brasil, e-mail: andretomazfaema@gmail.com.

ABSTRACT

The Primary Care aims to promote and protect family health, prevent diseases, diagnose, treat and rehabilitate patients with chronic diseases such as diabetes mellitus (DM), hypertension (hypertension), heart failure, stroke and others. The purpose of this literature review is to describe the importance of pharmaceutical intervention at the primary health care of the family. The methodology used was a literature review of studies on works produced by other authors and published and indexed in the database Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library (VHL) and other electronic platforms for the period 2005-2015. of the 56 selected works, resulted in 32 publications used in this research. The study notes that the Family Health Strategy within the principles of the Unified Health System and Ministry of Health will hold through the multidisciplinary team to maintain the health and comprehensive care of the population. It is concluded that the pharmaceutical intervention is important for the strengthening of ties with the community and the administration of drugs of continuous use used in the treatment of diabetes and hypertension.

Words-Keys: Primary health care, Chronic Disease Transmissible not, Multidisciplinary Team, Pharmaceutical intervention.

1. INTRODUÇÃO

A atenção básica de saúde (ABS) ou atenção primária à saúde (APS) visa prestar o primeiro nível de atendimento às famílias, de forma a assistir, prevenir e promover a saúde individual e coletiva por meio da atenção integral e ainda efetivar ações de referência e contra referência para os diversos níveis dos serviços de saúde.^{1,2}

Dentre os atendimentos prestados à comunidade local por meio das unidades básicas de saúde (UBS) destacam-se: campanhas educativas e preventivas de homem, mulher, idoso e criança, pré-natal, vacinas, nutrição, consultas, intervenções farmacológicas e não farmacológicas para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e outras ações estratégicas de saúde importantes.^{1, 3, 4}

As principais DCNT abordadas na atenção básica são: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), seqüela de acidente vascular cerebral (AVC), dislipidemia, cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca.^{5, 6}

As DCNT são rotineiramente atendidas pela estratégia saúde da família (ESF) como prioridade para o Sistema Único de Saúde (SUS), porque devido suas causas múltiplas,

etiologia, carga genética, exposição a agentes de riscos, até estilo de vida, hábitos alimentares, obesidade, tabagismo, inatividade física e consumo excessivo de álcool, a prevenção e combate devem acontecer nos primeiros atendimentos.^{4, 6}

Os programas propostos pelo Ministério da Saúde (MS) para intervenções comunitárias buscam inibir ou prevenir o surgimento dessas doenças, as quais constituem desafios enfrentados pelo SUS para adequação, ampliação e melhoria dos serviços, com foco no atendimento voltado para todas as faixas etárias de idade e para a redução dos riscos de agravamentos.⁷

Em destaque, Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), que foi criado para diminuir os impactos causados pelas DCNT nas esferas sociais, econômicas, familiares, laborais, emocionais e físicas dos portadores, bem como restringir o comprometimento da renda familiar, as dificuldades de hábitos alimentares saudáveis, e conseqüentemente, o agravamento do estado de saúde do paciente.^{7, 8}

A abordagem preventiva nos serviços básicos de saúde envolve todos os profissionais da saúde e os pacientes na investigação de hábitos, aspectos econômicos e sociais, no sentido de se estabelecer uma consciência de educação voltada para a garantia da saúde.⁵

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) determina as responsabilidades da APS em relação aos aspectos de promover, proteger, prevenir, diagnosticar, tratar, reabilitar e conservar a saúde coletiva e individual, com a participação direta da família e da comunidade local em constante interação com a equipe multiprofissional ou multidisciplinar.⁶

Essa equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários de saúde, porém outros profissionais da saúde foram inseridos na atenção básica, como nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, psicólogos, professores de educação física e farmacêuticos, todos empenhados em intervir interdisciplinarmente na prevenção e controle da DM e da HAS.⁹

A intervenção farmacêutica na atenção às DCNT é muito importante porque permite aos usuários do SUS tanto o acesso aos medicamentos da farmácia de estratégica quanto da farmácia básica.¹⁰

O cuidado farmacêutico na ABS visa assistir aos usuários e profissionais da saúde, ou seja, prestar cuidados atinentes aos problemas clínicos e patológicos dos pacientes que necessitam de intervenções farmacológicas e prestar cuidados à equipe multiprofissional nas ações compartilhadas de campanhas e outras atividades no que se refere ao uso racional de medicamentos, promoção, prevenção ou reabilitação em saúde.²

Refletindo sobre o papel do farmacêutico na atenção básica, sua intervenção no controle e prevenção das DCNT, este estudo tem como objetivo discorrer sobre a intervenção farmacêutica no sentido de reconhecer sua importância dentro da equipe multiprofissional para a promoção da saúde.

Justifica-se o tema defendido neste estudo haja vista que o espaço reservado para a qualidade de vida da família precisa ser impactado por um vínculo positivo do farmacêutico que rotineiramente participa nos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, orientando e inibindo a automedicação, atuando na prevenção e no controle das doenças e reduzindo possíveis agravos.

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo descritiva, qualitativa de caráter exploratório e foi construído através de levantamento de dados encontrados em materiais elaborados por outros autores (livros, teses, dissertações, monografias e artigos), indexados e publicados em bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Ministério da Saúde (MS), em outras bases eletrônicas e Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA) - Ariquemes/RO, compreendendo o período de publicação entre janeiro de 2005 a dezembro de 2015.

A busca do material de análise da pesquisa se deu de janeiro a abril de 2016, onde de um total de 56 (cinquenta e seis) obras pesquisadas, utilizando-se o critério de inclusão restaram apenas 32 (trinta e duas).

Para a coleta dos dados foram utilizados os descritores: atenção básica de saúde, doença crônica não transmissível, equipe multiprofissional e intervenção farmacêutica.

Durante a coleta foram realizadas leituras diversas, anotações importantes, e posteriormente leituras interpretativas das obras selecionadas e organização das ideias no referido trabalho de pesquisa.

Para a seleção das obras foram utilizados os critérios de inclusão e exclusão, ou seja, foram incluídas as obras em português, enquadradas entre 2005 e 2015, compatíveis com o tema, com textos completos e disponíveis gratuitamente. E foram excluídas as obras que não obedeciam estes critérios ou repetidas em outras bases de dados.

Após coleta, análise e interpretação dos dados por meio de uma leitura analítica e interpretativa, ficou constituída a presente pesquisa com anotações, citações e referências de acordo com as normas da revisão de literatura, onde o enquadramento metodológico para alcançar o objetivo proposto consiste em analisar dentro das obras consultadas os posicionamentos acerca da intervenção farmacêutica junto à atenção básica de saúde da família.

As literaturas abordadas contribuíram significativamente para a abordagem do papel do farmacêutico no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e procedimentos farmacológicos junto à atenção básica de saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como prioridade a atenção básica de saúde (ABS) ou também conhecida como atenção primária à saúde (APS), e todo esforço está em apresentar uma abordagem ampla e acessível aos atendimentos essenciais das famílias, de forma preventiva, visando estabelecer pontos de acessos importantes para o estabelecimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), disponibilizando consultas, exames complementares e medicamentos aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).⁵

O primeiro contato das famílias nos serviços ou programas de saúde acontece pela ABS, onde são cadastradas, passam por triagem e identificação dos problemas básicos de saúde.⁶ Este primeiro envolvimento tende a proporcionar meios para exames e

diagnósticos especializados e oferecer a melhor terapêutica de forma rápida e acessível, a partir do qual o usuário do SUS terá um acompanhamento periódico de prevenção e controle.¹¹

A promoção da saúde nesses atendimentos visa combater ou diminuir os fatores de riscos de incidências e evitar agravamentos das DCNT: tabagismo, sedentarismo, obesidade e má alimentação.^{5, 6}

Os principais fundamentos da atenção básica visam acesso universal e continuidade da prestação de serviços de saúde de qualidade aos usuários do SUS, planos e programas de incentivos à promoção de saúde da família e vínculo com o sistema de saúde, atividades preventivas, vigilância sanitária, tratamento e reabilitação das DCNT de forma interdisciplinar, bem como valorizar os profissionais de saúde e avaliar resultados.³

Ações estratégicas que consistem na efetivação de um sistema eficaz de referência e contra referência que orientam decisões assistenciais, de prevenção da doença e de promoção da saúde.²

A abordagem primária estabelece os cuidados essenciais e a comunicação entre equipes de serviços das unidades de saúde da família (USF) e usuários, com programações voltadas para a padronização dos recursos e dos procedimentos com foco na integridade e melhorias do estado de saúde coletivo e individual.²

O atendimento comunitário representa a estratégia saúde da família (ESF) proposta pelo SUS em qualquer um dos níveis de atenção à saúde, no entanto, o atendimento básico concentra investimentos para qualificar, ampliar e melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida dos portadores de DCNT.⁶

As principais DCNT atendidas na APS são: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), sequela de acidente vascular cerebral (AVC), dislipidemia, cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca.^{5, 10} Estas podem repercutir negativamente na qualidade de vida dos pacientes.¹²

Na atuação multidisciplinar da Assistência Farmacêutica (AF) os programas de saúde individual e coletiva estão articulados estrategicamente para atender, assistir e tratar também os portadores de hanseníase, tuberculose e transtornos psicológicos, assim como

apoiar o Programa Saúde da Família (PSF), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e as ações sanitárias e epidemiológicas.^{3, 13, 14}

As estratégias são pautadas na melhoria do estado de saúde, prevenção, controle e tratamento, qualidade de vida e bem estar.¹³ Outros atendimentos importantes estão disponíveis na atenção básica, dos quais vacinação, exame preventivo, pré-natal, teste do pezinho, consultas de rotinas, entregas de medicamentos, campanhas educativas, programações periódicas de entretenimentos comunitários, aferição de PA, atendimentos clínicos, pediátricos, ginecológicos, obstétricos e encaminhamentos para os demais serviços especializados.^{1, 13} Assim como são oferecidos ainda atendimentos para prevenção e controle da desnutrição infantil, ações para a saúde da criança, da mulher, do idoso e saúde bucal e promoção da saúde em áreas a serem definidas segundo as necessidades locais ou regionais.³

Importante intensificar a continuidade terapêutica dos portadores de HAS, seja ela farmacológica ou não farmacológica, pois poderá acarretar insuficiência renal crônica (IRC). A pressão arterial (PA) elevada em constantes alterações compromete as estruturas das artérias e arteríolas renais.¹⁵

No Brasil, as DCNT tem provocado muitas mortes e hospitalizações e suas consequências tardias podem até provocar uma IRC, aponta a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em demonstrativos de atendimentos de diálise pelo SUS brasileiro.^{10, 15}

Nesse sentido, o impacto desses dados explica a alta prioridade dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias que favoreçam o hipertenso continuar seguindo determinada terapêutica, e orientar os familiares para auxiliar e monitorar o tratamento farmacológico do hipertenso, tomar cuidados com a alimentação e buscar manter sempre que possível os níveis da PA dentro dos padrões do Ministério da Saúde (MS).¹⁵

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que as doenças cardiovasculares (HAS, DM e AVC), acompanhadas de alguns tipos de câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças mentais e neurológicas, causam impactos importantes nos serviços públicos de saúde.⁶

A DM vem aumentando suas incidências e conseqüentemente, aumentando os números de atendimentos ambulatoriais, hospitalizações, internações e complicações pós-cirúrgicas, em virtude de ferimentos e outros.¹⁶

Deve-se atender e tratar os portadores de DCNT de forma integral, respeitando-se as particularidades de cada indivíduo, seus potenciais de superação e enfrentamento, mudança de estilo e de conduta, com atenção e cuidado especiais.^{3, 10}

O primeiro programa voltado para o atendimento básico foi o PSF e posteriormente o SUS criou a ESF, todos empenhados em impactar a qualidade de vida da população, ampliando os acessos, os atendimentos e resolvendo muitos problemas que antes eram repassados para os outros níveis dos serviços de saúde.^{6, 17}

Nos últimos anos, o MS apresentou inúmeros programas para prevenir, diagnosticar e controlar a HAS e a DM, como por exemplo, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), na busca de se ofertar atendimento contínuo aos pacientes diabéticos e hipertensos, por meio da Portaria GM/MS nº 371/2002 em complementação do Plano Nacional de Reorganização da Atenção Primária.⁸

O HIPERDIA apresenta tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e nas UBS tem apresentado importantes resultados para a qualidade de vida dos doentes crônicos com HAS e DM.¹² Basicamente, as intervenções terapêuticas para HAS e DM compreendem mudanças no estilo de vida e tratamento medicamentoso.⁹ Representa um sistema de cadastros, protocolos de acompanhamentos e outras informações importantes para identificar suspeitos, diagnosticar e tratar os casos de HAS e DM e prestar assistência farmacêutica para prevenção de riscos cardiovasculares.⁸

A participação no HIPERDIA muitas vezes pode ser confundida como apenas um sistema cadastral para aquisição de medicamentos por parte de alguns usuários do SUS, mas devido à sua estratégia de vincular a família ao SUS, através das reuniões, palestras e outros incentivos, a equipe multiprofissional busca incentivar mudanças importantes nos hábitos alimentares, estilo de vida e atividades físicas dos portadores de HA e DM.¹⁸

2.2 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O SUS necessita de uma cooperação técnica que apresente resultados satisfatórios, pois as ações e as políticas de saúde são complexas e dentro da APS o esforço conjunto da equipe multiprofissional faz muita diferença no controle, prevenção e tratamento das DCNT.^{13, 19}

Os profissionais se articulam na formação e trocas de conhecimentos e informações, ou seja, formação acadêmica e profissional, objetivando padronizar os procedimentos primários de cuidados de saúde, tornando-se multiprofissionais e desenvolvendo habilidades e competências voltadas para assistência das famílias e propondo ações de qualidade ao SUS.²⁰

Dentre esses profissionais o farmacêutico ocupa lugar de destaque na equipe por apresentar uma formação nas áreas biológicas e exatas, capaz de articular conhecimentos técnico-científicos, assim como domínios em análises clínicas, toxicológicas, e conseqüentemente, controle dos processos medicamentosos.²¹

Visto dessa forma, e de acordo com a OMS, os esforços visam valorizar o ser humano, combater as desigualdades de acesso e utilização dos serviços de saúde e ainda reforçar a APS, atribuindo uma saúde de qualidade aos indivíduos, famílias e comunidade.²²

A equipe acolhe os usuários, organiza e planeja os serviços a serem prestados, prioriza as necessidades, registra as ações executadas e constrói planos de ações em saúde futuras para a comunidade, divulgando, trazendo informações e conhecimentos, realizando ações educativas e preventivas.²³

Todos os portadores de DCNT devem ser atendidos pela equipe multiprofissional ou multidisciplinar com ações que visem aconselhar, educar e informar ao paciente dos riscos, cuidados e estratégias de prevenção e controle, com acompanhamento direto de profissionais devidamente treinados e preparados para este fim.¹⁶

A abordagem terapêutica das DCNT deve observar aspectos essenciais que podem interferir no tratamento, são eles os fatores de riscos, as transformações e alterações da doença no decorrer do tratamento, os atendimentos básicos e o acesso aos medicamentos.¹⁶ A promoção e gestão de medicamentos de qualidade, uso controlado e

trabalho em equipe, tende a melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida dos usuários.²⁴

A atividade farmacêutica é reconhecida pela OMS como uma atividade profissional capaz de captar, conduzir, melhorar, acessar e promover todos os benefícios da farmacoterapia, bem como organizar e apoiar na atenção básica junto à equipe de assistência à saúde.²¹

A intervenção da atenção primária com as famílias deve ser bem estruturada através de equipe de saúde comprometida com a comunidade local, ciente de seu papel na UBS e preocupada com a integridade dos usuários do sistema, pois as estratégias devem ser planejadas segundo a realidade local e os anseios dos portadores de DCNT.⁵

Rodrigues (2012) defende que a abordagem multidisciplinar assegurada à família na ABS com ênfase no acesso aos medicamentos, seu controle e uso racional, define um sistema preocupado com a integralidade e promoção da saúde.⁴ A postura acolhedora e a articulação entre os profissionais viabilizam bem estar e qualidade de vida.²³

Enfatiza-se a importância de se trazer a família até a UBS, abrindo as portas para a comunidade local participar de campanhas, palestras e atividades de lazer, interagir com médicos, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, odontólogos e outros profissionais da saúde, realizar exames periódicos, consultas e outros.¹⁴

Em se tratando de saúde, importante destacar que os problemas internos ou externos devem ser gerenciados para se evitar imprevisto, descontinuidade nas aquisições e distribuições dos medicamentos necessários, comprometimento dos atendimentos primários e do tratamento das DCNT, por isso, o farmacêutico deverá agir proativamente e estabelecer prioridades.¹³

O farmacêutico como agente de promoção da saúde e facilitador da melhoria da qualidade de vida de portadores de DCNT deve apoiar as ações do sistema de saúde que garantam às famílias ter acesso aos medicamentos essenciais, gerenciar o uso correto desses medicamentos, dar suporte, promover, prevenir e tratar essas doenças.¹³ Sua atuação é muito importante para as estratégias de saúde, pois a assistência farmacêutica e os medicamentos representam bases da atenção integral à família e comunidade.²⁴

Esse profissional é parte integrante do processo de reorganização do ABS como promotor de saúde, membro importante da equipe e diferencial nos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em qualquer nível de saúde.²⁵

Espera-se uma prática voltada para as necessidades da população local, unindo os conhecimentos científicos dos profissionais de saúde com as práticas sociais e pedagógicas da comunidade, no sentido de se trabalhar o individual e o coletivo de forma mais humana, sem se desvincular das técnicas.²⁰

Toda atividade farmacêutica junto ao SUS e ABS está voltada para os três níveis de serviços de saúde prestados: básico, estratégico e especializados, onde em todas as fases assistenciais os cuidados são redobrados, pois a função dos medicamentos de alterar modificações orgânicas e restabelecer a saúde só se torna eficaz se dentro de um controle normativo, clínico e individual.⁴

Desse modo, o papel do farmacêutico na UBS fará toda a diferença no resultado final dos portadores de DCNT, porque ele poderá auxiliar a equipe de atendimento nas orientações acerca de cuidados que podem ser tomados para que o organismo possa agir mais eficazmente no combate e no controle de determinadas doenças.¹⁷

Os serviços de saúde nos níveis primários, estratégicos ou especializados, em sua maioria, alcançam a intervenção medicamentosa. Esta intervenção vincula-se ao profissional farmacêutico, à assistência farmacêutica e ao sucesso terapêutico, fortalecendo o atendimento primário à saúde.²⁵

2.3 INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

A intervenção farmacêutica será sempre integrada e articulada com a equipe multiprofissional das UBS, onde além das intervenções em campanhas e outros serviços de saúde, apoiará no planejamento, coordenação, execução, acompanhamento e avaliação das ações, selecionar, estimar, adquirir, distribuir, armazenar, dispensar, fazer anotações técnicas, orientar e auxiliar os profissionais da saúde quanto à utilização dos medicamentos, dentre outras funções técnicas farmacológicas.¹³

As intervenções comunitárias ou as ações educativas devem ser realizadas rotineiramente no cotidiano das UBS objetivando estimular aos usuários a adoção de

hábitos saudáveis e ampliar o controle social de saúde-doença em defesa da qualidade de vida.³

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 338, de 06 de maio de 2004 aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), visando dentro do serviço público de saúde integrar-se às políticas públicas de medicamentos inerentes aos SUS e à atenção básica, promovendo descentralização das ações, definindo responsabilidades, gerenciando custos e qualidades na produção de medicamentos.^{13, 26}

Levando em consideração os padrões mínimos de oferta de serviços de saúde determinados pela Constituição Federal de 1988, regulados pelos protocolos do MS e pelo SUS, os usuários devem ter garantias de acesso aos serviços especializados como exames, consultas e outros procedimentos, bem como assistência farmacêutica (AF) que deverá estar também vinculada ao Plano Municipal de Saúde.^{3, 27}

Essa assistência visa promover, proteger e recuperar a saúde individual ou coletiva, garantindo o acesso, a qualidade, o uso racional, o acompanhamento, a obtenção de resultados e a melhoria da qualidade de vida da população.¹³ Assim como indicar, acompanhar, avaliar e planejar ações que possam intervir nas situações problemas identificadas na comunidade local, com vistas a estabelecer prioridades, solucionar problemas e definir resultados, dentro de uma análise conjunta da situação e cronogramas de execuções de estratégias.¹⁹

A farmacoterapia dispõe do profissional farmacêutico para planejar, atender, promover e orientar as ações voltadas para a atenção integral, com mudanças de ideologias medicamentosas e implantação de mudanças nos quadros de saúde-doença, estilo de vida e participações nas terapias.²⁸

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) aprovada em 1998 norteia as ações voltadas para os medicamentos, de forma a gerenciar acesso, qualidade, eficácia, segurança, uso racional, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME) e outros serviços farmacêuticos.^{13, 19}

A RENAME constitui um importante documento para a farmacoterapia, pois possibilita ao farmacêutico listar os medicamentos disponíveis, evitar descontinuidade nas aquisições, inibe a manipulação por profissionais não qualificados, determina as condições

adequadas de armazenamento, acesso e distribuição e contribui para a qualidade tanto dos medicamentos em si quanto da prestação de serviço aos usuários do SUS e aos profissionais da saúde.^{17, 29} As formas farmacêuticas, de acordo com o RENAME, podem ser líquidas, sólidas, semissólidas, injetáveis, novas formas como xampu, adesivo e goma de mascar e outras.¹⁹

Os fármacos anti-hipertensivos mais comuns disponíveis na rede básica do SUS compreendem: Captopril, Hidroclorotiazida e Propranolol, enquanto que os antidiabéticos compreendem Glibenclamida, Metformina e Insulina NPH.³⁰

Escolher corretamente os medicamentos das DCNT atendidas na APS representa uma intervenção farmacêutica preventiva e acessível, preocupada com os objetivos terapêuticos propostos e acima de tudo, sensível às necessidades dos pacientes.³¹

Segundo protocolos do MS os medicamentos destinados ao tratamento das DCNT são listados e atualizados nas unidades de saúde do SUS de acordo com o número de habitantes de cada município, onde a partir destas medidas surgiram em 2004 o Programa Farmácia Popular com medicamentos e preços reduzidos. Devido ao sucesso do programa em 2006 foi ampliado por meio de convênios com redes privadas de farmácias com o nome "Aqui Tem Farmácia Popular". Já em 2011 a Campanha "Saúde Não Tem Preço" disponibilizou medicamentos a custo zero para hipertensos e diabéticos, além de fármacos para outras doenças crônicas como asma, osteoporose, glaucoma, rinite e Parkinson com descontos de até 90%.⁷

Alguns cuidados com os medicamentos são muito importantes, dentre eles o farmacêutico deverá observar os seguintes itens: especificações técnicas, certificados de fabricação e controle de qualidade, registro sanitário, embalagem, rótulo, bula, responsável técnico, lote e validade.¹⁹

Na visão da OPAS e da OMS, o medicamento não pode ser considerado elemento fundamental para a terapia dentro do atendimento primário, pelo contrário, deve se configurar apenas como um complemento terapêutico da atenção integral.²²

Os fármacos anti-hipertensivos dividem-se em cinco classes e possuem ação terapêutica capaz de interferir na fisiopatologia da HAS, conforme **Quadro 1**.

Quadro 1 – Classe de anti-hipertensivos.**Classe de Anti-hipertensivos**

- ✓ Diuréticos;
- ✓ Inibidores adrenérgicos;
- ✓ Vasodilatadores diretos;
- ✓ Antagonistas do sistema renina-angiotensina;
- ✓ Bloqueadores dos canais de cálcio.

Fonte: Adaptado de Brasil (2006a, p. 29).

Na atenção básica o acesso aos medicamentos está condicionada às consultas e às prescrições médicas, pois o uso incorreto além de poder causar uma dependência medicamentosa, poderá agravar o quadro do paciente ou ainda desenvolver uma doença indesejada.^{17, 32} A prescrição de medicamentos deve partir da melhor escolha, posologia, terapia e estratégias educativas, para que os aspectos clínicos e medicamentosos estejam associados de maneira racional.³¹

Prescrever ou empregar medicamentos exige uma qualificação contínua, pois as indústrias farmacológicas vem crescendo e ampliando ofertas de novos lançamentos de medicações que precisam ser bem conhecidas, portanto, o profissional deve todas de todas as informações possíveis para repassar ao usuário e orientar acerca do seu uso e aplicabilidade, numa troca mútua de orientações objetivando uma melhor adesão à terapia e os sucesso almejado na reabilitação da saúde.²⁸

Os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos atribuídos pelo SUS tem embasamento no HIPERDIA, pois os usuários devem combater a doença por meio da junção de orientações e medicações, pois os índices pressóricos aceitáveis muitas vezes não são possíveis apenas com medicações, mas com mudanças habituais.¹⁸ A gestão de qualidade deve garantir a continuidade dos medicamentos, sem que haja inter rompimentos no tratamento.³⁰

Nota-se que não basta apenas ingerir remédios, mas investir na mudança e adotar condutas que visem melhorar a qualidade de vida e até mesmo evitar o surgimento de determinadas de outras doenças, realizando o controle gradual das DCNT.¹⁰

Um exemplo importante de tratamento não farmacológico pode ser comparado ao atendimento ou acompanhamento de uma pessoa hipertensa, que embora a aferição contínua da PA e o uso diário dos medicamentos de controle pressórico sejam importantíssimos, a rotina, a alimentação, a prática regular de exercícios e o estilo de vida, dentre outras medidas não farmacológicas farão muita diferença no resultado final do controle da doença.^{5,9}

Ressalta-se a importância de se observar os medicamentos que podem elevar a PA ou interferir no tratamento dos portadores de HAS, tais como os anti-inflamatórios, antidepressivos, corticoesteróides, hormônios e anorexígenos.⁹ Os benefícios das terapias medicamentosas anti-hipertensivas vinculam-se aos medicamentos com menos efeitos colaterais, adesão ao tratamento proposto e ações educativas.³²

As doenças crônicas impõem condições de controle e manutenção contínuos, e muitas das vezes se mostram incuráveis, por isso, a intervenção farmacêutica constitui uma das mais importantes, tendo em vista que os pacientes crônicos buscam alívios imediatos para as reações e sintomas nos medicamentos, no entanto, vale salientar que as intervenções não farmacológicas também são importantes.¹⁰

Em resumo, o farmacêutico irá atuar na ABS com intervenções farmacológicas e não farmacológicas, onde além de administrar os medicamentos apropriados para cada paciente, ministrará orientações e palestras importantes acerca dos riscos da automedicação, remédios vencidos, trocas indevidas de medicamentos, posologias incorretas, reações adversas, dentre outras informações importantes para se evitar intoxicações e agravamentos, bem como acompanhar o controle clínico e os resultados terapêuticos.¹⁰

3. CONCLUSÃO FINAL

Este estudo de revisão de literatura permitiu entender o papel do farmacêutico na atenção básica de saúde da família, conhecer as principais doenças crônicas não transmissíveis atendidas pela equipe multiprofissional das unidades básicas de saúde, bem como suas intervenções farmacológicas e não farmacológicas e os medicamentos disponíveis pelo SUS para atender aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

Observou-se que as DCNT causam impactos importantes no sistema de saúde, por isso, os programas de promoção da saúde da família, assistência farmacêutica, controle de medicamentos e outros da atenção básica visam identificar a responsabilidade dos profissionais da saúde na qualidade de vida dos usuários do SUS e apresentar terapêuticas capazes de atender os aspectos de prevenção, controle e tratamento destas doenças.

Enfatiza-se que essas DCNT podem causar mortes prematuras, desgastes econômicos, familiares e sociais, sendo necessárias estratégias de saúde da família capazes de apresentar ações integrativas, preventivas, corretivas e paliativas que auxiliem no seu controle.

Nota-se a importância do atendimento básico das famílias, pois muitos problemas de saúde podem ser resolvidos nestes primeiros contatos, visando proporcionar acesso, atendimento humanizado, acompanhamento e fornecimento de medicações específicas.

Dessa forma, os tratamentos consistem em identificar a origem da doença, eliminar possíveis riscos, mudar estilo de vida, realizar acompanhamento de rotina, ter acesso aos medicamentos e intervenções clínicas e farmacológicas de qualidade.

Nesse contexto, enfatiza-se o papel do farmacêutico que além das atribuições de promover, proteger e recuperar a saúde familiar deverá garantir acesso, qualidade, uso racional, acompanhamento, aquisição, controle, armazenagem e distribuição de medicamentos, além de melhoria da qualidade de vida dos usuários das UBS.

Conclui-se que com os novos paradigmas da OMS e SUS brasileiro face às demandas estratégicas de ABS, pode-se afirmar que a educação em saúde atrelada a uma equipe bem preparada, ambiente agradável e programas comunitários centrados na família permite prevenir as DCNT, tratar adequadamente, promover saúde e qualidade de vida aos usuários, e acima de tudo, enfatiza ainda mais a importância da intervenção farmacêutica para fornecimento e controle dos medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2010 [acesso em 2016 mar 17]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mar 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2006b [acesso em 2016 mar 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
4. Rodrigues LMP. Medicamentos utilizados no controle da hipertensão no Distrito Administrativo em Belém – PA. [dissertação] [Internet]. Belém: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará; 2012 [acesso em 2016 mar 23]. Disponível em: <http://www.ppgcf.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/luizmario.pdf>.
5. Capilheira M, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. Cad Saude Pub [Internet]. Rio de Janeiro, jun 2011 [acesso em 2016 mar 21];27(6):1143-1153. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/11.pdf>.
6. Silva AR. Doenças crônicas não transmissíveis e sinais e sintomas de depressão e de declínio cognitivo em idosos na atenção primária à saúde. [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2015 [acesso em 2016 mar 17]. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7452/1/000471684-Texto%2BParcial-0.pdf>.
7. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Rev Panam de Salud Pub [Internet]. Washington, nov 2013 [acesso em 2016 mar 18];34(5):343-350. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>.
8. Ferreira GS. O perfil do paciente atendido por um programa de controle de hipertensão em uma unidade básica de saúde de um município do Rio Grande do Sul [projeto] [Internet]. Porto Alegre: Fundação Oswaldo Cruz; 2012 [acesso em 2016 mar 19]. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:lwSz2fU28mAJ:colecciona-sus.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php%3Fid%3D450+&cd=5&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2006a [acesso em 2016 mar 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf.
10. Ministério da Saúde (Brasil). 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. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2013

[acesso em 2016 mar 18]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf.

11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS [Internet]. 2007 [acesso em 2016 mar 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf.

12. Lima AS, Gaia ESM, Ferreira MA. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. Saúde Col Debate [Internet]. dez 2012 [acesso em 2016 mar 6];2(1):29-30. Disponível em: <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf>.

13. Ministério da Saúde (Brasil). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2005 [acesso em 2016 mar 17]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>.

14. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [artigo] [Internet]. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009 [acesso em 2016 mar 22]. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>.

15. Silva FEM. Acometimento da função renal nos portadores de hipertensão arterial sistêmica – revisão de literatura [artigo] [Internet]. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013 [acesso em 2016 mar 19]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4015.pdf>.

16. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [acesso em 2016 mar 17]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_15.pdf.

17. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Cien Saude Col [Internet]. Rio de Janeiro, nov 2010 [acesso em 2016 mar 18];15(supl.3):3361-3567. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a31.pdf>.

18. Silva JVM et al. Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. Rev Bras Enferm [Internet]. jul/ago 2015 [acesso em 2016 mar 20];68(4):626-632. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0626.pdf>.

19. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2006c [acesso em 2016 mar 17]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>.

20. Costa EM, Rabelo ARM, Lima JG. Avaliação do papel do farmacêutico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos na atenção primária. Rev Cien Farm Bas Aplic [Internet]. 2014 [acesso em 2016 mar 25];35(1):81-88. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2377/1513.
21. Araujo ALA et al.. Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. Cien Saude Col [Internet]. 2008 [acesso em 2016 mar 26];13(Supl):611-617. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a10v13s0.pdf>.
22. Pinheiro RM. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde. Rev Tempus Actas Saude Col [Internet]. 2010 [acesso em 2016 mar 24];15-22. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/101%20-%20PINHEIRO,%20R_%20M_%20Servicos%20farmaceuticos%20APS_2010.pdf. Santana ML. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. Rev Bras Med Família e Comum [Internet]. Florianópolis, abr/jun 2011 [acesso em 2016 mar 23];6(19):133-41. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/163/315>.
23. Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais (Minas Gerais). A importância do farmacêutico no SUS - Suas Competências e Atribuições nas ações de Saúde Pública. 1,ed. Belo Horizonte: CRF/MG; 2011 [acesso em 2016 mar 23]. Disponível em: http://www.crfmg.org.br/externo/profissional_empresa/downloads/2.pdf.
24. Barbosa DM. Atribuições do farmacêutico na atenção primária à saúde [dissertação] [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2009 [acesso em 2016 mar 24]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/LFSA-83EPLX/disserta__o_vers_o_final.pdf?sequence=1.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2012 [acesso em 2016 mar 17]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_31.pdf.
26. Magalhães PL. Programa Saúde da Família: Uma Estratégia em construção [artigo] [Internet]. Corinto: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais; 2011 [acesso em 2016 mar 22]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>.
27. Lenzi L, Garcia CG, Pontarolo R. O farmacêutico na atenção primária do SUS. Visao Acad [Internet]. Curitiba, jul/dez 2011 [acesso em 2016 mar 24];12(2):55-64. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/academica/article/view/27278/18182>.
28. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2008 [acesso em 2016 mar 23]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/renome/renome_2008_6ed.pdf.

29. Vosgerau MZS, Cabrera MAS, Souza RKT. Saúde da Família e Utilização de Medicamentos Anti-Hipertensivos e Antidiabéticos. Rev Bras Card [Internet]. mar/abr 2011 [acesso em 2016 mar 18];24(2):95-104. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_02/a_2011_v24_n02_03saude.pdf.
30. Obreli Neto PR, Franco WPG, Cuman RKN. Avaliação da farmacoterapia anti-hipertensiva em pacientes diabéticos atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS) na rede municipal. Rev Cien Farm Bas Aplic [Internet]. 2009 [acesso em 2016 mar 23];30(3):323-329. Disponível em: <http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1340058309884.pdf>.
31. Veronez LL, Simões MJS. Análise da prescrição de medicamentos de pacientes hipertensos atendidos pelo SUS da rede municipal de saúde de Rincão – SP. Rev Cien Farm Bas Aplic [Internet]. 2008 [acesso em 2016 mar 23];29(1):45-51, 2008. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/433/416.