



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ROSELI ALVES DE LIMA

**INSERÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO
NA ATENÇÃO DOMICILIAR DENTRO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARIQUEMES - RO
2017

Roseli Alves de Lima

**INSERÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO
NA ATENÇÃO DOMICILIAR DENTRO DA
ESTRATÉGIA 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 título de Bacharel em Farmácia.

Prof.Orientador:Ms:Clóvis Cardoso Júnior.

Ariquemes - RO
2017

Roseli Alves de Lima

**INSERÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NA
ATENÇÃO DOMICILIAR DENTRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Farmácia da Faculdade
Educação e Meio Ambiente como requisito
parcial á obtenção do grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientador: Prof. Ms. Clóvis Cardoso Junior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª. Ms. Vera Lucia Matias Gomes Geron
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª. Esp. Jucélia da Silva Nunes.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 26 de Outubro de 2017.

Em memória de meu pai, Fernando Alves de Lima, exemplo de vida, honestidade e sucesso. Representação maior do significado da vitória. A minha mãe Maria Ribeiro da Silva. A minhas irmãs Sueli e Ana Paula Alves de Lima.

AGRADECIMENTOS

Deus, em primeiro lugar, e Nossa Senhora Aparecida pela força inspiradora e por iluminar meus caminhos, sempre estar me acompanhando e ajudando nos momentos de dificuldade.

Ao meu Professor Orientador Clóvis Dervil Appratto Cardoso Júnior pela incondicional amizade, pelo apoio durante a realização deste trabalho. Meu respeito e admiração.

À minha família, que me incentivou e contribuiu para que esse sonho se tornasse realidade, em especial a minha mãe, Maria, padrasto Osvaldo e irmãs Sueli e Ana Paula que acreditou, e compreendeu-me nas horas mais complicadas deste processo e a todos os familiares e amigos em especial àqueles que acreditaram e confiaram em meus propósitos.

A minha madrinha Iraci Freitas e amigos que oraram intercedendo ao meu favor para que eu jamais desistisse de meus sonhos e que se fortalecesse cada vez mais em Deus, deixo aqui o meu agradecimento.

As minhas amigas Suellen Priscila Almeida Cruz, Andréia Vieira Lopes e Thais Piola Alves, pelas horas de discussão, por compartilharem as angustias na elaboração dos projetos de pesquisas, as experiências vividas, pela solidariedade, pelo respeito às diferenças, pelas noites de conversas, pelas alegrias de nossos reencontros, minha saudade e a certeza que em cada canto desse país, temos um (a) companheiro (a) de sonhos.

Aos professores da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, pela capacidade, dedicação, cientificismo e dignidade nas informações ministradas.

À empresa Prefeitura Municipal de Buritis-RO, a qual desenvolvo minhas atividades, que me compreendeu e me apoiou, contribuindo para minha vida profissional, meus respeitosos agradecimentos. Enfim, a todos que me apoiaram, ajudaram, estimularam e souberam compreender meus períodos de ausência.

RESUMO

Para reorientação do Sistema Único de Saúde, houve a criação da Estratégia Saúde da Família, que é uma das principais estratégias sugeridas pelo Ministério da Saúde. Este programa trabalha na promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, oferecendo uma boa qualidade de vida à população. Tendo como foco a visita em domicílio, a qual é compreendida como assistência prestada por uma equipe e/ou um profissional de saúde no domicílio do paciente, com a finalidade de analisar suas necessidades, de seus familiares e do local onde vive, a fim de formar um plano assistencial destinado à recuperação ou reabilitação. O objetivo deste trabalho é analisar a importância do profissional farmacêutico e de suas atribuições na área da Atenção Domiciliar dentro da Estratégia Saúde da Família. A metodologia utilizada foi uma pesquisa bibliográfica de assuntos apontados como básicos para o raciocínio relacionado ao tema. Portanto a atenção domiciliar está em avanço no Brasil, notou-se que ainda é pouco conhecida, mas já existem várias legislações que contribuem para o crescimento e divulgação. A Estratégia Saúde da Família é responsável por conhecer as dificuldades e necessidades do paciente, programando, organizando e priorizando o atendimento e, quando necessário promover o atendimento ao domicílio.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família; Atenção domiciliar; Atenção Farmacêutica.

ABSTRACT

To reorientation of the Unified Health System, there was the creation of the Family Health Strategy which is one of the main strategies suggested by the Ministry of Health. Strategies that work in health promotion, disease prevention and rehabilitation, offering a good quality of life to the population. It focuses on the home visit, which is understood as care provided by a team and / or a health professional at the patient's home, providing home care, with the purpose of analyzing their needs, their families and the place where they live, In order to form a care plan returned to recovery or rehabilitation. The objective of this article is to show the importance of the Pharmaceutical Care provided by a pharmaceutical professional in the scope of the home visit. The methodology used was a bibliographical research of subjects pointed as basic to the reasoning related to the theme. Therefore home care is advancing in Brazil, it has been noted that it is still little known, but there are already several legislation that contribute to growth and dissemination. The Family Health Strategy is responsible for knowing the patient's difficulties and needs, scheduling, organizing and prioritizing care and, when necessary, promoting home care.

Keywords: Family Health Strategy; Home Care; Pharmaceutical Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AF	Atenção Farmacêutica
AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	14
4.2 RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DA ESF	15
4.3 ATENÇÃO DOMICILIAR (AD).....	18
4.4 HISTÓRIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR	19
4.5 ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	20
4.6 O FARMACÊUTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi originada para preencher as carências de saúde onde o perigo social era mais destacado, depois o Ministério da Saúde declarou como um programa a ser utilizado pelos administradores de saúde como um exemplo de auxílio de práticas e trabalho em saúde. (BARROS; SACCO, 2011).

Com a implantação da ESF, o objetivo foi reestruturar a prática assistencial em atuais critérios e bases, determinando um modelo relacionado à família. Ao considerarmos a função do farmacêutico, fornecendo atenção farmacêutica e comunicando com uma equipe multiprofissional, com o propósito de auxiliar na assistência fornecida a população, torna-se fundamental destacar como um significativo campo de atuação para o farmacêutico; no entanto, torna-se indispensável estudar as vantagens de sua introdução na ESF e avaliar os dados relevantes para os usuários e para equipe. (MIRANDA, 2011).

A existência do profissional farmacêutico, é fundamental em todos os lugares onde tenha presença de fármacos, de modo que a utilização dos referidos fármacos seja efetuada de maneira segura e correta, atendendo ao que se recomenda por meio deles. (OLIVEIRA; GOMES, OVERCENKO, 2010).

A introdução do farmacêutico na equipe ESF oferece benefícios à população, pois contribui em uma melhor aceitação ao tratamento por possuir um contato com o paciente explicando suas dúvidas sobre questões associadas aos fármacos em uma linguagem mais acessível e por averiguar a ocorrência de algum efeito colateral indesejável ou interação medicamentosa. (SEVERINO, 2008).

A visita domiciliar (VD) é aquela que é prestada por um especialista de saúde ou da equipe na casa do paciente, que tem finalidade de estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e reabilitação, avaliando as necessidades dos pacientes e de seus familiares na sua residência. (CARDOSO al., 2013).

O farmacêutico pode prestar serviços na VD, pois é um especialista capacitado para ensinar o paciente sobre o uso racional dos medicamentos, e por obter um melhor resultado com a farmacoterapia, somando o seu esforço com os de outros profissionais de saúde. (FERREIRA; NOBREGA, 2007).

Para obter um melhor resultado da farmacoterapia a ser utilizada e da doença a ser tratada, o farmacêutico terá de realizar em todas as VD um plano de cuidado, proporcionando ao usuário uma participação nas decisões terapêuticas, compreendendo maiores informações sobre sua doença, obtendo assim, um melhor tratamento e resultado. (BRASIL, 2013).

O farmacêutico como profissional em saúde pública é capacitado em agir na proteção da saúde do paciente, proporcionando o uso racional dos fármacos, contribuindo no processo educacional dos usuários no que diz a respeito ao risco das automedicações, da suspensão, das substituições dos medicamentos prescritos e o valor da receita medica para obtenção dos mesmos. (SPADA, 2007).

Atuação do profissional farmacêutico dentro da equipe multidisciplinar do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) é de grande relevância, pois este é o único profissional da saúde capacitado a realização da promoção do uso racional de fármacos, proporcionando assim, melhoria na qualidade de vida dos pacientes e melhor gestão ao uso dos medicamentos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar a importância do profissional farmacêutico e de suas atribuições na área da Atenção Domiciliar dentro da Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a Estratégia Saúde da Família;
- Demonstrar a importância da Atenção Domiciliar;
- Discorrer sobre Atenção Farmacêutica diante da atenção domiciliar;
- Explorar sobre a atual situação do profissional farmacêutico dentro da Estratégia Saúde da família.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa efetuada através de uma revisão bibliográfica, realizada por meio das bases de dados SCIELO – *Scientific Eletronic Library*, Ministério da Saúde (MS), e no Google Acadêmico. A pesquisa aconteceu entre os meses de março a setembro de 2017, envolvendo artigos, dissertação e monografias.

Após a leitura de vários artigos, foram selecionados, artigos em espanhol e português, tendo como palavras chaves: Estratégia Saúde da Família, Atenção domiciliar e Farmacêutico. Para a seleção das obras os critérios de inclusão foram os artigos publicados entre 1999 a 2016, de assuntos apontados como básicos referentes ao tema. E os critérios de exclusão foram às obras que não se relacionavam ao tema e aos anos selecionados.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O Programa ESF teve início no ano de 1993, sendo regularizado de fato somente em 1994, como um plano do Ministério da Saúde (MS) para modificar a forma tradicional de prestação de assistência, pretendendo incentivar a introdução de um novo modelo de Atenção Primária que solucionasse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde. (BESEN et al., 2007).

As políticas de saúde proporcionam estratégias que aumenta uma organização voltada à saúde da população, com responsabilidade em um âmbito regionalizado, constante e sistematizado para atender grande parte das necessidades da mesma, estabelecendo ações com finalidades preventivas e curativas. (MATTA; MOROSINI, 2007).

De acordo com a determinação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF foi reorganizada da atenção básica de saúde (ABS) como um plano de ampliação, qualificação e consolidação, facilitando a reorientação dos métodos de trabalho com maior conhecimento de pesquisar os princípios, diretrizes e fundamentos da mesma, proporcionando uma importante relação custo-efetividade e um impacto na situação de saúde dos indivíduos e sociedade. (BRASIL, 2012).

Onde priorizava as práticas de proteção e promoção da saúde, que atribui a responsabilidade para cada estratégia familiar de organizar e identificar as famílias a serem acompanhadas, pois conhecia a realidade da mesma, criando um vínculo e facilitando a identificação e o acolhimento dos problemas de saúde da comunidade. (SILVA MCLS; SILVA L; BOUSSO RS, 2011).

Conforme o Ministério da Saúde preconiza, a ESF é fundamental para o cuidado de doenças crônicas, por constituir equipes multidisciplinares consideradas essenciais ao cuidado crônico e por trabalhar com área geográfica delimitada o que deveria proporcionar maior troca de informação com a comunidade. Esse padrão de assistência tem sido a principal estratégia para regeneração da atenção básica dos sistemas locais de saúde. (JUSTA; MALIK; MEIRELLES, 2012).

Estratégia Saúde da Família tem como finalidade centrar-se na família e no ambiente que vive o indivíduo, facilitando espalhar e compreender o processo saúde-doença. Fazem parte da integração mínima da ESF a equipe básica de uma unidade de saúde, mas podem inserir outros profissionais de saúde, como o farmacêutico. (FERREIRA; NOBREGA, 2007; ANJOS; OLIVEIRA, 2009).

O número de famílias para cada estratégia é de 1.500 famílias ou 4.000 indivíduos, sua ação ocorre nas unidades básicas de saúde, no domicílio e sociedade, indicado “como começo de uma norma hierarquizada e regionalizada”, confirmando os deveres da ESF, que tem a função de estruturar os métodos de atuação municipais e tem desempenhado uma ilustre mudança de reorganização das normas de atenção no Sistema Único de Saúde. (ANJOS; OLIVEIRA, 2009).

Preocupado com a infraestrutura real da população e a assistência à saúde das famílias, a ESF prevê a aplicação da assistência domiciliar, preferencialmente na visita domiciliar, como estratégia de operacionalizar os especialistas para sua implantação e o entendimento da existência de vida dos habitantes, atendendo as diferentes carências de saúde da população, e estabelecendo vínculo com a mesma. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

As atividades das ESF é o ponto-chave, para se comunicar, trocar experiências e conhecimentos entre os membros da equipe, bem como entre estes e outros trabalhadores da saúde da comunidade. Assegurando o acesso à população dentro de uma terapia de referência, atuando em grupos de educação em saúde, analisando a realidade das famílias, reconhecendo os obstáculos de saúde da mesma e casos de risco e exercendo um plano de programação. (ARAÚJO; ROCHA, 2007; LERMEN; NORMAN, 2013).

4.2 RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DA ESF

As atribuições básicas de uma equipe de Saúde da Família são:

- Analisar a realidade das famílias pelas quais são encarregados e reconhecer as situações de risco e os problemas de saúde mais frequentes a qual a comunidade esta inserida;

- Realizar, conforme a competência de cada especialista, os métodos de cuidados as doenças e de vigilância à saúde, nos diferentes ciclos da vida;
- Assegurar a continuidade da terapia, pela apropriada referência do caso;
- Fornecer assistência integral, de forma racionalizada e continuada de acordo com à demanda, procurando contatos com pacientes doentes ou sadios, pretendendo proporcionar a saúde através da educação sanitária;
- Efetuar parcerias com organizações formais e informais e ações inter-setoriais na comunidade para o enfrentamento dos problemas;
- Argumentar, de forma contínua, junto à comunidade e a ESF, a importância dos direitos do cidadão, provando os embasamentos legalísticos e os direitos de saúde que os legitimam;
- Estimular a criação e/ou participação no Conselho Municipal de Saúde e nos conselhos locais de saúde. (BRASIL, 2012).

Para determinar um programa como uma novidade de conhecimento ressalta-se as modificações na concepção de saúde, no propósito assumido para o trabalho assistencial, nos instrumentos de trabalho usados e no produto do trabalho, na compreensão como elemento do serviço em ausência de doença. Conforme a Tabela 1. (SORATTO et al., 2015).

Tabela 1 - Parâmetros teóricos que sustentam a ESF como uma inovação tecnológica em saúde.

PARÂMETROS	MODELO TRADICIONAL DE SAÚDE	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
PRINCÍPIOS	Premissas da biomedicina.	Premissas da Atenção Primária em Saúde e do SUS
CONCEPÇÃO DE SAÚDE	Entendimento de saúde como ausência de doença.	Adota uma noção mais ampla do processo saúde-doença
RELAÇÃO PROFISSIONAL	Centrada no médico.	Equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar
ASSISTÊNCIA	Centrada na doença e cura.	Ações curativas, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de reabilitação.
FINALIDADE DE TRABALHO	É a ação profissional voltada à pessoa que necessita de tratamento de doenças.	É a ação profissional voltada para uma assistência ampliada, prestada às pessoas e à coletividade de uma área adstrita.
OBJETO DE TRABALHO	O corpo físico do indivíduo/parte afetada do corpo.	O ser humano com carência de saúde na sua integralidade; seu contexto familiar, cultural e social.
INSTRUMENTOS DE TRABALHO	Equipamentos e materiais como maca, seringa, entre outros, bem como protocolos assistenciais, conhecimento estruturado sobre clínica.	Equipamentos, materiais e protocolos assistenciais, similares aos usados no modelo tradicional, agregando outros com vistas a contemplar a dimensão integral do sujeito.
PRODUTO DO TRABALHO	Atividade assistencial realizada, como por exemplo, o curativo feito, o diagnóstico realizado, a prescrição fornecida.	Assistência realizada agregando outras dimensões como ações educativas, implantação de programas e de medidas para mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade.

Fonte: Adaptado de Soratto et al. (2015)

4.3 ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)

Atenção domiciliar para os profissionais de saúde é um novo exemplo de processo de expansão por todo o Brasil, tanto no âmbito público como no privado, executado por um especialista ou ESF na casa do paciente com a finalidade de promover, prevenir, reabilitar e tratar o paciente no domicílio, oferecendo continuação dos cuidados as redes de atenção básicas de saúde. (BRASIL, 2011).

Nos Estados Unidos a AD pode ser compreendida como "Home Care", onde o cuidado à saúde é realizado no domicílio oferecendo aos pacientes um serviço de qualidade e com segurança, permitindo a família uma afinidade no acompanhamento da recuperação do paciente. (FONSECA, 2010).

Como é considerado um componente contínuo dos serviços de saúde, onde os serviços são prestados ao paciente e seus familiares em suas residências, a AD compõem um modelo geral da atenção à saúde a ser prestada no domicílio que junta e simboliza o acolhimento à visita e a internação na residência, cada qual com seus objetivos e características. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Os serviços AD à saúde são oferecidos ao cidadão e seus familiares em seus domicílios, proporcionando, mantendo ou restaurando a saúde, potencializando o grau de autonomia, diminuindo os resultados das faltas de capacidade ou patologia, envolvendo aquelas sem possibilidade de cura. Constituem-se na completa relação do profissional com o usuário, seus familiares e com o zelador, quando esse se encontra. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Mediante a análise do fato da pessoa e os atos educacionais a categoria da AD a saúde, a visita domiciliar é uma ferramenta de intermédio primordial na estratégia saúde da família e continuação de uma atenção ou assistência domiciliar, planejada e usada com o objetivo de ajudar no planejamento de ações. (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Por facilitar o cuidado na residência, de maneira cômoda, segura e humana a assistência domiciliar terapêutica caracteriza-se como uma das primeiras estratégias de saúde a serem apontadas, por permitir reduções das permanências hospitalares, riscos iatrogênicos e custos da melhoria de saídas e reorganizações hospitalares. (SENA et al., 1999).

Para a medicina atual o auxílio na residência é vários serviços, que ocorre com o usuário após ter recebido atendimento primário, com diagnóstico e tratamento ou para indivíduos sob um período maior de intervenção por apresentar um quadro clínico debilitante. (AMARAL et al., 2001).

Alguns problemas podem ser encontrados nos cuidados domiciliários que estão associados com a logística, locomoção do médico e / ou equipe de saúde para a casa do paciente, organizando a demanda para consulta, treinamento e predisposição profissional de saúde para realizá-lo. (CUBA, 2012).

Para resolver estes e outros problemas que podem aparecer precisamos realizar mudanças na organização das atividades diárias do trabalho médico como: determinar intervalos de tempo apropriados e programados para os cuidados em domicílio; estabelecer mecanismos de resolução de problemas urgentes; ter uma afinidade com os colegas de trabalho; praticar mudanças de atitude do médico e sua equipe, que deve identificar a casa do paciente como um lugar normal para desenvolver um trabalho de qualidade. (CUBA, 2012).

4.4 HISTÓRIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Atenção Domiciliar surgiu nos Estados Unidos, no período pós-guerra, com o programa de saúde chamado de "home care", um atendimento no domicílio, com finalidade de tratar o paciente em sua própria residência, devido às faltas de leito hospitalares e de grandes filas que se formavam nos ambulatórios. (GUTMANN, 2010).

Na França, o tratamento no domicílio é uma preferência assistencial do setor de saúde que constitui em uma referência organizada capacitada por dispensar um conjunto de cuidados e atenção para usuários em sua residência, que não precisam da infraestrutura hospitalar, mas necessita de vigilância ativa e assistencial integral. (OLMEDILHA; CAPPELARO, 2013).

No Brasil a primeira norma de assistência no domicílio, foi designado no Hospital Público Estadual de São Paulo em 1967, trazendo como alvo central, diminuir o número de leitos tomado, onde foi inserido um número de acolhimento no domicílio, que incluía os zelos de complicações clínicas. (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

A partir da década de 90 foi desenvolvido no Brasil, um setor da atenção à saúde, chamado de assistência domiciliar, baseado no modelo clínico e hospitalar que beneficiava o atendimento ao paciente. Composto por diferentes profissionais, que prestavam um atendimento de um método preciso, onde contavam com os familiares como cuidadores e profissionais da saúde no domicílio. (GUTMANN, 2010).

No Brasil, AD é deliberada em nível legal, definido pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na resolução da Diretoria Colegiada 11, de 26 de janeiro de 2006:

“Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvida em domicílio.” (BRASIL, 2006).

4.5 ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Atenção Farmacêutica (AF) é um exercício na qual o farmacêutico, em conformidade com o paciente e através da colaboração com outros profissionais de saúde, melhora os resultados da terapêutica medicamentosa do usuário, seja pela prevenção, identificação ou resolução de algum problema associado ao uso de fármacos. (FURTADO, 2008).

No cenário da atenção farmacêutica, o cuidado farmacêutico é a mudança de ênfase/foco do fármaco para o usuário. O cuidado farmacêutico envolve: o reconhecimento de uma necessidade social, o enfoque direcionado no paciente, a prevenção, a identificação e resolução dos problemas da terapia farmacológica. (PROVIN et al., 2010).

O conceito da Atenção Farmacêutica vem sendo amplificado por diversas instituições como o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio da Proposta de Consenso da Atenção Farmacêutica. Esse conceito amplificado engloba ao conjunto de tarefas que já são executadas por esse profissional como a orientação farmacêutica, dispensação e a educação em saúde, o seguimento farmacoterapêutico, que é considerado o acompanhamento individual dos usuários em uso de fármacos “tendo em vista uma farmacoterapia racional”. (FURTADO, 2008).

Segundo o Conselho Federal de Farmácia, o farmacêutico clínico proporciona cuidado ao paciente voltado a ciência e a prática do uso racional dos medicamentos com objetivo de aperfeiçoar a farmacoterapia, promover a saúde e bem-estar, e prevenir doenças. (BRASIL, 2013).

As responsabilidades internas do farmacêutico na AD têm algumas relações com os serviços do farmacêutico hospitalar, diferencia apenas porque o acolhimento é regressado para as visitas na residência. (OLMEDILHA; CAPPELARO, 2013).

Ao farmacêutico cabe a responsabilidade de partilhar dentro da equipe, de discussões dos casos a serem visitados, expondo sugestões farmacoterapêuticas disponíveis na instituição, proporcionando uma melhor terapêutica farmacológica do paciente e orientar sobre os cuidados quanto ao condicionamento e a utilização correta dos fármacos. (BRICOLA, 2004).

É de responsabilidade do farmacêutico dentro da AD, trabalhar na promoção, prevenção, reabilitação, tratamento, identificação de resultados negativos relacionados ao uso dos medicamentos, orientando corretamente como se administra os mesmos, otimizando uma melhor adesão à terapia. Assim, apresentando uma função essencial e diferencial dentro do grupo multiprofissional. (FELÍCIO et al., 2015).

Ainda compete ao farmacêutico acompanhar a terapia clínica conforme definido pelo plano de cuidado, contribuir nos aspectos dos documentos da farmacoterapia clínica, ter comando no andamento de um fluxograma que monitore documentos e prováveis efeitos colaterais e prescrição errada. O monitoramento farmacoterapêutico é responsável por avaliar modo correto, concreto e garantido dos fármacos pelos pacientes, seja no setor hospitalar, ambulatorial ou AD, potencializando as respostas do tratamento e reduzindo os efeitos indesejáveis, e redução de custos. (FELÍCIO et al., 2015).

Apesar de nem todas as interações medicamentosas possam ser prevenidas, a atuação do farmacêutico é indispensável e tem influências positivas na adesão ao tratamento, diminuindo erros quanto à administração e avaliando os aspectos farmacêuticos e farmacológicos que possa vir a provocar um dano possível ao usuário. (LEONARDI et al., 2012).

Ter somente o medicamento não basta, é fundamental utilizá-lo certo, ser administrado na hora certa, na quantidade adequada e pelo tempo definido; seguir

as orientações relacionadas aos efeitos indesejáveis; ser armazenado conforme as orientações recomendadas; pois qualquer medicamento seja qual for sua origem (natural ou sintético) pode fazer mal se não usado corretamente. (BRASIL, 2001).

Ainda que não seja um membro do grupo mínimo da ESF, a atuação do profissional farmacêutico é importante na orientação aos pacientes quanto à utilidade, a aceitação e a cura por medicamentos, especialmente por que, na atual composição da Atenção Primária, as unidades Básicas de Saúde tornaram-se meio de compartilhamento de fármacos, garantindo um controle desde a compra até a dispensa, assim o farmacêutico responsabiliza-se por esse processo que se dá o nome de AF. (FERREIRA; NOBREGA, 2007).

O papel do farmacêutico na AD é acompanhar a equipe multidisciplinar moradia do indivíduo, agindo no andamento, contribuindo com a assistência e atenção farmacêutica no atendimento ao paciente, na orientação quanto ao uso racional dos medicamentos, armazenamento e cuidado. (OLMEDILHA; CAPPELARO, 2013).

4.6 O FARMACÊUTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O profissional farmacêutico pode exercer suas atribuições na atenção básica e também na ESF. A ação legal que regulamenta a inserção é a Portaria n. 698, de 30 de março de 2006 do Ministério da Saúde. A conduta estabelece que o gasto das ações de saúde seja de responsabilidade das três esferas (municipal, estadual e federal) de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), verificado o disposto na Constituição da República e na Lei do SUS. (MIRANDA, 2011).

A introdução do profissional farmacêutico na ESF compreende ações positivas para a ESF, apresentando vantagens tanto para a equipe quanto para os pacientes, como:

- a) Fornecendo informações sobre o uso adequado dos medicamentos (indicações, efeitos colaterais, contra indicações, interações medicamentosas e alimentação, despesa dos gastos nos tratamentos, entre outros;
- b) Acompanhar o usuário em seu procedimento, elucidando sua falta de entendimento sobre as recomendações médicas, interagindo com a equipe na escolha da terapia recomendada;

- c) Exercendo a educação para a saúde, discorrer sobre como prevenir e cuidar a diabetes, pressão alta, doenças transmitidas com o ato sexual (AIDS e outras), planejamento familiar, tabagismo, vacinas entre outros;
- d) Contribuir com os demais especialistas da saúde para o atendimento correto da comunidade;
- e) Fazer parte dos discursos sobre os fármacos a serem ofertados nas farmácias do setor público;
- f) Ajudar nas campanhas feitas pela ESF colaborando a fim de colaborar no esclarecimento dos temas abordados. (SEVERINO, 2008).

Hoje em dia o farmacêutico pode ser um dos constituintes do programa saúde da família, prestando assistência farmacêutica, adquirindo fármacos, conseguindo empréstimos para custear ações da farmácia, e programas de doenças, determinando critérios para dispensação excepcional e obtendo financiamento para tal. (MIRANDA, 2011).

A adição do profissional farmacêutico na atenção primária, exercendo no sentido equipe de saúde, fala que o farmacêutico deve estar pronto para exercer em todas as áreas de saúde, compreendendo o fato social, a cultura e meio que se vive, administrando seu exercício para a mudança de vida, beneficiando a comunidade. (RICIERI et al., 2006).

Nesse conjunto ESF, é possível ao profissional farmacêutico muito mais atividade nas suas atuações, expandindo espaço para ações desligada da prescrição médica, onde o farmacêutico direciona-se ao medicamento e regressa para a atividade com a equipe multiprofissional, trabalhando coletivo e com a comunidade. (RICIERI et al., 2006).

O farmacêutico através de seus conhecimentos pode sugerir a Homeopatia, podendo retratar um grande avanço no que diz a implantação de um sistema de saúde, mais humanizado e eficiente na medida em que ela é responsável pelo estímulo de tratar o corpo, além do reconhecimento da relação médico-paciente por meio de uma ação generalista, incluindo todas as faixas etárias. (LERMEN; NORMAN, 2013).

Em uma pesquisa efetuada no município de Florianópolis, mostraram a relevância do profissional farmacêutico na equipe ESF e sua fundamental contribuição na resolução de problemas associados a fármacos. Dentre eles,

podemos mencionar dúvidas relacionadas a diversas prescrições para um mesmo problema, ilegibilidade das prescrições e falta de dados como posologia, o que foi resolvido com o encaminhamento do usuário ao médico, o qual, averiguando a proximidade do usuário com o farmacêutico, requisitou a este o acompanhamento para analisar a eficácia e segurança do novo tratamento. (BARROS; SACCO, 2011).

A realidade vivenciada pelos farmacêuticos nas ESF não colabora com a prática farmacêutica, porque não tem um papel determinado das atribuições e limites de atuação, já que ainda são pouco insipientes e disseminadas as experiências deste profissional na ESF e na atenção primária. Nesse cenário, o farmacêutico efetua vários papéis na ESF, o que foi averiguado pela maioria (27%) dos profissionais do município de Formosa do Sul. (BUSATO, LUNKES, 2012).

Na pesquisa realizada neste município pode-se averiguar, conforme a opinião dos pacientes da ESF, que a área de AF, teve seu espaço físico organizado e aumentado logo após a contratação do farmacêutico. Estes mencionam maior espaço na farmácia, melhoria na qualidade do atendimento, maior diversidade de fármacos, diminuição do tempo de espera pelo atendimento, além da dispensação ser realizada através de prescrição. Ao contrário, a dispensação por meio da prescrição, foi considerada pela maior parte (43%) dos pacientes, como uma dificuldade associada aos fármacos na ESF. (BUSATO, LUNKES, 2012).

Conforme os dados levantados do programa de saúde, a presença do profissional farmacêutico nas ESF está distribuída nas Unidades da Federação conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Quantidade de Farmacêuticos distribuídos nas ESF.

UF	Nº ESF	Nº FARM.
SC	1400	35
SP	3.524	11
CE	1.834	8
MG	4.333	6
PB	1.242	6
GO	1.159	5
MT	589	5
RO	277	5
BA	2.748	4
RS	1.232	4
MS	450	3
PA	952	3
PR	1.822	3
TO	408	2
ES	567	1
RN	863	1

Fonte: Adaptado de Barros; Sacco (2011)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atenção domiciliar está em avanço no Brasil, notou-se que ainda é pouca conhecida, mas já existem várias legislações que contribuem para o crescimento e divulgação da mesma.

A Estratégia Saúde da Família é responsável por conhecer as dificuldades e necessidades dos pacientes, programando, organizando e priorizando o atendimento e se necessário promover o atendimento no domicílio, onde o mesmo geralmente é feito pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde, podendo ser incluído o farmacêutico.

Portanto como vimos anteriormente, são escassos os números de farmacêuticos presentes na ESF, porém a inserção desse profissional na AD é de suma importância, resultando em ações positivas para equipe, oferecendo a farmacoterapia adequada e gerando para o gestor público redução de custo.

Ter somente o medicamento não basta, é fundamental utilizá-lo certo, ser administrado na hora certa, na quantidade adequada, no tempo definido.

Orientar os pacientes quanto aos efeitos colaterais indesejáveis, ser armazenado corretamente, pois qualquer medicamento seja qual for sua origem (natural ou sintético) pode provocar danos se não administrado corretamente.

O Farmacêutico é o profissional da saúde capacitado à orientação do uso racional dos medicamentos, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes e uma melhor gestão no uso dos medicamentos.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Nilcéia Noli et al. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Rev. Neurociências**, v.9, n.3, 2001. Disponível em: < [http:// www. revistaneurociencias. com.br/edicoes/ 2001/ RN%2009%2003/Pages%20from%20RN% 2009% 2003-5. pdf](http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf) >. Acesso em: 24 mar. 2017.

ANJOS, Tatiana Coletto Duarte; OLIVEIRA, Ana Cláudia Garcia. A educação física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, 2009. Disponível em: <[http://www. scielo. br/pdf/physis/v19n4/v19n4a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a12.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2017.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, 2007. Disponível em:<[http://www. scielo.br/ pdf/ %0D/csc/v12n2/a22v12n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf)>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BARROS, Cássia Nogueira; SACCO, Ruth da Conceição Costa. **Atuação do Farmacêutico na Estratégia Saúde da Família**. 2011. Disponível em: <[www.cpgls. pucgoias.edu.br/](http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/)>. Acesso em: 18 mar. 2017

BESEN, Candice Boppré et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da diretoria colegiada - rdc nº11, de 26 de janeiro de 2006**. Disponível em: < [http://www. anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/rdc%20n%c2%ba%2011-2006.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/rdc%20n%c2%ba%2011-2006.pdf).>. Acesso em: 24 mar. 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Atribuições Clínicas do Farmacêutico**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/apresenta%20a7%20a3o%20cfm%20\(5\).pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/apresenta%20a7%20a3o%20cfm%20(5).pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: o que é e como funciona**. Brasília, 2001. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/incentivo_assit_farm.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 09 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 - Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília/DF, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRICOLA, Solange. O Poder e as vantagens do atendimento domiciliar. **Pharmacia Brasileira**, 2004. Disponível em: < livrozilla.com/doc/934608/o-poder-e-as-vantagens-do-atendimento-domiciliar>. Acesso em: 18 mar. 2017.

CARDOSO, Camila Kruger et al. Atenção farmacêutica domiciliar: série de casos de usuários do programa práticas integradas em saúde coletiva. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 34, n. 2, 2013. Disponível em: < http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/cien_farm/article/viewfile/2431/1411>. Acesso em: 03 abr. 2017.

CUBA, Miguel Ángel Suarez. Atención integral a domicilio. **Revista Médica La Paz**, v.18, n.2, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.org.bo/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010>. Acesso em: 14 jun. 2017.

FELÍCIO, Isabela Motta et al. Atenção farmacêutica para pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Importância dessa prática no acompanhamento domiciliar. **Rev. Anais CIEH**, v. 2, n.1, 2015. Disponível em: < http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA3_ID1130_27082015212045.pdf >. Acesso em: 25 mar. 2017.

FERREIRA, Rosilene Rocha; NOBREGA, Juliana Oliveira de Toledo. **Atuação do profissional farmacêutico na atenção básica de saúde**. Brasília/DF, 2007. Disponível em:< www.cpgls.pucgoias.edu.br/.../>. Acesso em: 04 abr. 2017.

FONSECA, Demian Washington. **As modalidades do Home Care no sistema suplementar de saúde**. 2010. 35f. Monografia (Título de Especialista em Auditoria e Gestão em Saúde), Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba. Disponível em: < <http://tcconline.utp.br/wp-content/uploads/2012/07/as-modalidades-dhomecare-no-sistema-suplementar-de-saude.pdf>>. Acesso em: 24 mar.2017.

FURTADO, Bárbara Taciana. **O farmacêutico na atenção básica**: a experiência da equipe de programa saúde da família frente à atenção farmacêutica. 2008.101f. Dissertação (Pós-Graduação em Ciências Farmacêutica) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Disponível em:< http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/EMCO-8LAPE6/disserta__o_barbara_taciana_furtado.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 20 ago. 2017.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara; LACERDA, Maria Ribeiro. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.4, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

GUTMANN, Ricardo Luís. **Assistência domiciliar**. 2010. 35f. Monografia (Pós-Graduação em Gestão e Auditoria) - Faculdade de Ciências Biológicas,

Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba. Disponível em: <http://tcconline.utp.br/wp-content/uploads/2011/10/assistencia_domiciliar.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2017.

LERMEN JUNIOR, Nulvio; NORMAN, Armando Henrique. Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. **Medwave**, v.13, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/SaludFamiliar/5588>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

JUSTA, Maria Grazia Gorla; MALIK, Ana Maria; MEIRELLES, Claudia. **A influência da falta de informação na adesão ao tratamento de duas doenças crônicas não transmissíveis**. 2012. Disponível em: <http://11-09_sesion19pt.pdf>. Acesso em: 17 mar.2017.

LEONARDI, Camila et al. Interações medicamentosas potenciais em idosas institucionalizadas. **Rev. Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 13, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://sites.unifra.br/portals/36/csaude/2012-02/05.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção Primária a saúde**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Sauderecortado.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2017.

MIRANDA, Emery. **Um novo olhar da profissão farmacêutica para atenção à saúde pública**. 2011.45f. Monografia (Graduação em Saúde da Família), Universidade Candido Mendes. Cascavel. Disponível em:< http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/41603.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2017.

OLIVEIRA, Franciéle Mayra; GOMES, Márcia Letícia; OVERCENKO, Tatiana. O profissional farmacêutico na assistência ao PSF: atuação do farmacêutico no núcleo de assistência à saúde da família – NASF. **Primeira versão**, Porto Velho, v.30, n.

265, 2010. Disponível em:< http://www.primeiraversao.unir.br/artigos_volumes/265_LETICIA_%20franciele_tatiana.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.

OLMEDILHA, Roberta da Silva; CAPPELARO, Alessandra Mara S. O papel do farmacêutico na Atenção Domiciliar. **Rev. Pesq. Inov. Farm.**, v.5, n.1, 2013. Disponível em:<<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/rpinf/article/download/39/33>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

PROVIN, Mércia Pandolfo et al. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**, São Paulo, v.19, n.3, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/22.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

RICIERI, M.C. et al. **O farmacêutico no contexto da estratégia em saúde da família, que realidade é esta?** 2006. Disponível em:< revistas.ufpr.br/academica/article/view/9047>. Acesso em: 12 jun. 2017.

SENA, Roseni Rosângela et al. O cuidado no domicílio: um desafio em construção. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.4, n.2, 1999. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44846/27275>. Acesso em: 24 mar. 2017.

SEVERINO, Patrícia. A inserção do profissional farmacêutico no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Farm.**, v. 89, n.1, 2008. Disponível em:< http://www.rbfarma.org.br/files/pag_56a58_insercao_farmaceutico.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2017.

SILVA, Mariana Cristina Lobato do Santo; SILVA, Lúcia; BOUSSO, Regina Szyllit. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SPADA, Kadija. **A função educativa do Farmacêutico no sistema único de saúde**. Porto Alegre, 2007. Disponível em:< www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisevento/arquivos/ci-180-01.pdf>. Acesso em: 08 abril 2017.

SORATTO, Jacks et al. **Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.2, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2017.

TAVOLARI, Carlos Eduardo Lodovici; FERNANDES, Fernando; MEDINA, Patrícia. O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. **RAS**, v.3, n.9, 2000. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=246&p_nanexo=%2029>. Acesso em: 24 mar. 2017.