

# MÉTODO AFFAC UMA METODOLOGIA EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM FARMÁCIA CLÍNICA EM UNIDADES DE PACIENTES INTERNADOS

EDVALDO HIGINO DE LIMA-JUNIOR<sup>1</sup>  
EDUARDO CORSINO FREIRE<sup>2</sup>

1. Farmacêutico-bioquímico, Mestre em Ciências Morfológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Farmacêutico do Hospital Estadual Pedro II (HEPII) e Docente da Faculdade Bezerra de Araújo (FABA/RJ), Rua Viúva Dantas, nº 451, aptº 203 – CEP 26052-090, Rio de Janeiro (RJ) E-mail: limajunior@yahoo.com.br
2. Farmacêutico, pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) – RJ, Técnico em Enfermagem do Hospital Estadual Pedro II (HEPII), Rua Júlio de Castilho, nº 53

CEP: 25540-330, São João de Meriti – RJ  
E-mail: edcorsino@oi.com.br

## INTRODUÇÃO

A profissão farmacêutica, ao longo do tempo, vem se moldando, no intuito de se adequar às necessidades da sociedade. Em busca de se adaptar às novas demandas da sociedade e de reintroduzir a profissão farmacêutica na equipe de saúde como peça essencial, a idéia de fornecer suas práticas profissionais voltadas ao paciente começou a se difundir e, assim, alguns farmacêuticos vislumbraram a farmácia clínica como um segmento da profissão que poderia disponibilizar seus serviços de assistência farmacêutica à população, num contato direto com o paciente (Hepler & Strand, 1999).

A Farmácia Clínica desenvolve assistência e atenção farmacêutica através da farmacovigilância, da dosificação farmacocinética, da prevenção, redução e resolução de problema relacionado com medicamento (PRM) potenciais e reais, promoção do uso racional do medicamento, além de outros serviços inerentes ao profissional farmacêutico (Hepler & Strand, 1999).

Segundo a Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica prioriza ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual, como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando à Farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida (Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 338, 2004).

No Brasil, a situação da Farmácia Clínica é bastante diversificada. Certas regiões do País possuem centros de serviços estruturados e especializados em atenção farmacêutica, contrapondo-se com outras regiões em que a maioria dos hospitais ou centros de dispensação apresentam um único farmacêutico, que realiza serviços burocráticos e administrativos. Para mudar esse quadro é necessário que se tenha em mente o novo conceito de equipe de saúde, “que exige a redefinição dos papéis e funções em todas as categorias de pessoal de saúde” (O papel do Farmacêutico na Atenção à Saúde, Nova Delhi, 1988).

Desta forma, teremos profissionais que compreendam a importância da profissão como meio de atender as necessidades da população, que tanto precisa de atenção em saúde. Entretanto não basta a compreensão e a vontade de prestar serviços clínicos. Os farmacêuticos devem se preparar através de cursos no campo de assistência farmacêutica, pois esta não é uma tarefa fácil e requer conhecimentos que os tornem competentes e habilitados em atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, educação permanente para os demais membros da equipe de saúde, entre outros campos de conhecimento (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, 2001).

A Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, determina que sejam desenvolvidos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, através da promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo, nos diferentes níveis de atenção (Coelho, 1998).

De acordo com a atual Política Nacional de Assistência Farmacêutica, amparada pela Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Estadual Pedro II, onde este projeto

foi submetido à consulta, iniciamos a implantação de um modelo de atenção farmacêutica batizado como Método AFFAC com ênfase em farmácia clínica nas enfermarias destinadas à cardiologia dos setores das clínicas médica masculina e feminina do Hospital Estadual Pedro II (HE-PII). Neste trabalho, iniciamos a implantação da etapa 1 de aplicação do método.

## MATERIAL E MÉTODOS

### 1. Acompanhamento farmacoterapêutico

O acompanhamento farmacêutico consistiu em visitas às enfermarias, analisando o prontuário (prescrições, doses administradas e não administradas, exames, evolução do paciente, condutas e procedimentos realizados), avaliando o estado geral do paciente, verificando a real necessidade do tratamento farmacológico e seus resultados, investigando PRMs potenciais e reais, realizando entrevistas com cada paciente internado, ou, no impedimento deste, seu médico, equipe de enfermagem ou acompanhante. As visitas foram realizadas três dias por semana, e em alguns casos acompanhadas da visita médica.

### 2. Atenção farmacêutica

O serviço de Atenção Farmacêutica foi realizado por escrito, em fichas que foram desenvolvidas a partir de sugestões colhidas da equipe de saúde do próprio setor alvo do trabalho (Ficha de Atenção Farmacêutica anexo 1). Estas fichas se destinaram ao uso individualizado para cada paciente, contendo campos para a identificação, diagnóstico, idade, queixa relacionada ao medicamento, sinais e sintomas apresentados por ele, observações, identificação e classificação de PRMs (Tabela 4). Podendo haver ou não intervenções farmacêuticas relacionadas ao uso racional do medicamento, interações medicamentosas, compatibilidade de soluções, sugestões de possíveis substituições de medicamentos, orientações quanto à administração, efeitos colaterais e reações adversas e outras informações consideradas úteis para a otimização da farmacologia aplicada ao paciente atendido pela farmácia clínica, sendo anexadas às prescrições em cada dia de visita.

As fichas foram elaboradas de modo que pudessem ser utilizadas na primeira e demais visitas, desta forma não foi preciso que durante o acompanhamento farmacoterapêutico houvesse a mudança dos impressos utilizados.

Além das fichas, a atenção farmacêutica foi realizada através de distribuição de informativos impressos e orientações verbais para a equipe de saúde e para o paciente.

### 3. Acesso do paciente ao medicamento

O acesso do paciente ao medicamento foi tentado através da implantação de um Sistema de Distribuição

Misto (individualizado x coletivo) para os pacientes em questão, levando em consideração as viabilidades técnicas, financeiras e de pessoal da instituição. O sistema de distribuição é de suma importância para o sucesso da assistência farmacêutica, devendo ser implantado o melhor possível, de acordo com a instituição (Gomes & Reis, 2003).

### 4. Estudos estatísticos

Os estudos estatísticos foram realizados, comparando os resultados dos serviços prestados em relação ao período anterior à implantação da Farmácia Clínica nas enfermarias destinadas a cardiologia da CMM e CMF (Clínica Médica Masculina e Clínica Médica Feminina), além de comparações entre estas enfermarias e as demais dos setores atendidos durante o período de estudo. Verificando o acesso do paciente ao medicamento (através de números de doses não administradas) e melhora na qualidade do serviço.

## RESULTADOS

### O Acompanhamento Farmacoterapêutico, as Visitas Farmacêuticas, a Atenção Farmacêutica e os PRM

O acompanhamento farmacoterapêutico teve o objetivo de buscar informações sobre o uso dos medicamentos pelos pacientes e de identificar e solucionar PRM.

Durante as visitas farmacêuticas, foi estabelecida uma nova relação entre o profissional farmacêutico e os pacientes. Esta relação muitas vezes pode parecer simples de ser atingida, porém envolve parâmetros bio-psico-sociais (doenças de base e oportunistas, estado geral, nutricional, emocional, psicológico, psiquiátrico, religioso e financeiro), que devem ser considerados em relação ao paciente, respeitando sua individualidade.

Cabe ao profissional farmacêutico, ao realizar o acompanhamento, ter em mente que a recuperação do paciente é seu principal objetivo, atendendo sempre aos padrões éticos ao lidar com o enfermo e a equipe de saúde:

Na entrevista, deve-se colher informações do paciente sobre os medicamentos em uso e os utilizados antes da internação, enfermidades anteriores, atitude pessoal em relação ao uso e conhecimento geral sobre os medicamentos que utiliza, além de outros dados relevantes para avaliar o uso dos medicamentos (tabela 1). Isto ajudará ao farmacêutico na identificação de PRMs reais e potenciais, bem como os meios para suas resoluções. A análise prévia do prontuário ajuda a obter informações, o que facilita e encurta a entrevista. É necessária também a utilização de uma tabela com as interações medicamentosas dos fármacos mais prescritos para os pacientes atendidos, para auxiliar na análise das prescrições (Fonseca, 2001).

**Tabela 1.****INFORMAÇÕES RELEVANTES NA IDENTIFICAÇÃO DE PRM DURANTE A ENTREVISTA**

Questionamento	Objetivo
1) Há alguma queixa em relação ao uso do medicamento pelo paciente?	– Identificar algum tipo de PRM que possa dificultar ou interferir no tratamento medicamentoso.
2) Há presença de algum sinal ou sintoma diferente dos apresentados pela patologia?	– Identificar presença de reações adversas ou efeitos colaterais dos medicamentos utilizados.
3) O paciente é usuário de álcool, fumo ou outras drogas?	– Identificar algum problema que possa interferir na farmacocinética do medicamento em uso.
4) Uso crônico de alguma medicação antes da internação?	– Identificar medicações que possam ter levado a uma indução ou inibição enzimática.
5) Alergias?	– Evitar reações de hipersensibilidade.
6) Patologia progressa?	– Identificar patologias ou seqüelas que possam ter influências no tratamento atual.
7) Como está sendo administrado os medicamento?	– Identificar erros na administração.
8) Qual o conhecimento do paciente em relação aos medicamentos que está utilizando?	– O conhecimento dos medicamentos pelo paciente facilita a aceitação do tratamento.
9) Qual o tipo de alimentação do paciente?	– Identificar interações medicamento/ alimento.
10) Como o paciente está se sentindo depois de iniciado o tratamento?	– Auxilia na avaliação da efetividade do tratamento.
11) Outros questionamentos	– Identificar necessidade, efetividade e segurança do tratamento.

A realização do acompanhamento com os pacientes internados não possui padrões definidos de abordagem, assuntos a serem questionados e planos de intervenção, porém o roteiro de entrevista criado (Tabela 2) se mostrou eficiente, facilitando a aceitação do serviço, padronizando a conduta do farmacêutico, além de poupar tempo durante as entrevistas.

**Tabela 2.****ROTEIRO DE ENTREVISTA NO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO**

1) Analisar previamente o prontuário do paciente (exames, evolução e prescrição);
2) Ir à enfermaria ou quarto do paciente;
3) Identificar-se e cumprimentar o paciente;
4) Informar o objetivo do trabalho a ser realizado;
5) Realizar a entrevista, avaliando pontos específicos (tabela 3);
6) Anotar as informações mais relevantes;
7) Avaliar as informações e acordar possíveis resoluções;
8) Agradecer a colaboração do entrevistado;
9) Traçar um plano de intervenção farmacêutica quando necessário.

**Tabela 3.****PONTOS ESPECÍFICOS DA ENTREVISTA FARMACOTERAPÊUTICA**

Observar	Questionar
Cabelos	Quedas
Cabeça	Algia/Tonteira
Olhos	Secos/Lacrimajantes
Ouvidos	Zumbidos
Boca	Vesículas/Seca/Amarga
Pescoço	Algia/Edema
Coração	Algia/Palpitações
Pulmão	Algia/Dispnéia/Taquipnéia
Rins	Oligúria/Disúria/Poliúria
Estômago	Algia/Vômito/Enjôo
Intestino	Algia/Constipação/Diarréia
Abdome	Algia/Circunferência/Hepatoesplenomegalia
Músculos	Algia/Rigidez/Atrofia/Astenia
Articulações	Algia
Braços E Pernas	Algia/Edema
Mãos E Pés	Algia/Edema
Pele	Seca/Erupções/Rash/Prurido/Eritema/Hematoma

Psicológico	Depressão/Euforia/Apatia
Neurológico	Convulsões/Sedação
Fumante	Sim/Não
Uso De Álcool	Sim/Não
Outras Drogas	Sim/Não/Quais
Alergias	Sim/Não/Quais
Outros	Relevância Clínica

O acompanhamento farmacoterapêutico faz parte da atenção farmacêutica. A atenção farmacêutica por ser uma atividade relativamente nova, muitas vezes é desconhecida por outros profissionais da equipe de saúde. Sendo assim, houve a necessidade de se esclarecer a que se destinava a implantação do serviço de farmácia clínica aos responsáveis dos setores estudados.

Para desenvolver a atenção farmacêutica, elaboramos uma única ficha, que se mostrou bastante prática (anexo 1).

A ficha única para a atenção farmacêutica evita o acúmulo de papéis no prontuário proporcionando mais praticidade no seu manuseio e diminui o tempo no trabalho burocrático, além da redução dos gastos com a implantação do serviço.

Tal ficha possui campos com informações que nos proporcionaram relacionar a prescrição com as necessidades dos pacientes, a farmacocinética, a eficácia e seguran-

ça dos medicamentos, através do diagnóstico, idade, queixa relacionada ao medicamento e dos sinais e sintomas apresentados, diminuindo o tempo que talvez seria gasto com uma nova análise do prontuário. E as intervenções ou orientações prestadas foram aplicadas no campo destinada a observação da ficha de atenção farmacêutica.

A atenção farmacêutica, em se tratando de unidades de pacientes internados, teve direcionamento aos quatro grupos que lidam com medicamentos no cenário hospitalar (as equipes de dispensação, de enfermagem, médica e os pacientes, que muitas vezes são agentes passivos na administração).

Por esta razão criamos uma nova classificação de PRM, que nos permitiu ao mesmo tempo tanto simplificar a identificação, quanto relacionar o PRM diretamente com o setor que o esteja provocando.

Nossa classificação possui apenas 4 tipos de PRM e em cada um há duas subclassificações (potencial e real), como por exemplo: uma interação medicamentosa (PRM potencial) nem sempre trará malefícios ao tratamento (PRM real), como pode ser observado na tabela 4.

Uma vez identificado o PRM, cada setor foi orientado quanto à resolução verbalmente e por escrito. Os pacientes foram orientados verbalmente quanto à administração e a importância da aceitação do tratamento.

Trinta dias após a implantação da FC nas enfermarias destinadas à cardiologia do HEPII, realizamos nossa primeira avaliação.

**Tabela 4.**

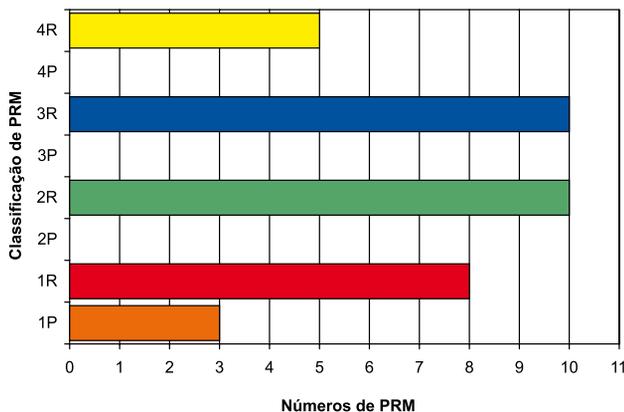
CLASSIFICAÇÃO DE PRM			
Tipo	Classificação	Subclassificação	Alguns Exemplos
1	Problemas relacionados à prescrição.	Potencial	Casos de prescrição de medicamento inadequado, dose inadequada, posologia inadequada, via de administração inadequada, interações medicamentosas, prescrição ilegível ou qualquer fator relacionado à prescrição que possa posteriormente interferir no tratamento.
		Real	Casos de prescrição de medicamento inadequado, dose inadequada, posologia inadequada, via de administração inadequada, interações medicamentosas, prescrição ilegível, falta da prescrição de medicamento necessário ou qualquer outro fator relacionado à prescrição que esteja efetivamente causando dano ao tratamento.
2	Problemas relacionados à dispensação.	Potencial	Dispensação de medicamento errado ou na dose errada, no horário inadequado, fora da validade, armazenamento inadequado, qualidade duvidosa, sem identificação, com diluição inadequada e desrespeito à estabilidade pós-diluição (nos casos de dispensação por dose unitária), falta de medicamento ou outro fator relacionado à dispensação que possa posteriormente interferir no tratamento.
		Real	Dispensação de medicamento errado ou na dose errada, no horário inadequado, fora da validade, armazenamento inadequado, qualidade duvidosa, sem identificação, com diluição inadequada e desrespeito à estabilidade pós-diluição (nos casos de dispensação por dose unitária), falta de medicamento ou outro fator relacionado à dispensação que esteja efetivamente causando dano ao tratamento.

CLASSIFICAÇÃO DE PRM			
Tipo	Classificação	Subclassificação	Alguns Exemplos
3	Problemas relacionados à administração.	Potencial	Administração de medicamento na dose errada, no horário errado, técnica de administração errada, aprazamento errado, com diluição inadequada, não informar ao paciente os cuidados no uso do medicamento ou outro fator relacionado à administração que possa posteriormente interferir no tratamento.
		Real	Administração de medicamento errado ou na dose errada, no horário errado, técnica de administração errada, aprazamento errado, com diluição inadequada, desrespeito à estabilidade pós-diluição ou outro fator relacionado à administração que esteja efetivamente causando dano ao tratamento.
4	Problemas relacionados ao paciente.	Potencial	Paciente não sabe a importância do tratamento, hipersensibilidade já comprovada de algum medicamento, impossibilidade de receber a medicação por alguma via de administração ou outro fator relacionado ao paciente que possa posteriormente interferir no tratamento.
		Real	Recusa ao tratamento ou a via de administração, reações adversas a algum medicamento necessário, impossibilidade de receber o medicamento pela via indicada ou outro fator relacionado ao paciente que esteja efetivamente causando dano ao tratamento.

## PRIMEIRA AVALIAÇÃO

Gráfico 1.

PRM no 1º mês de atendimento da FC



Legenda: 1P (PRM tipo 1 potencial), 1R (PRM tipo 1 real), 2P (PRM tipo 2 potencial), 2R (PRM tipo 2 real), 3P (PRM tipo 3 potencial), 3R (PRM tipo 3 real), 4P (PRM tipo 4 potencial), 4R (PRM tipo 4 real).

Comparação dos PRM encontrados relacionados ao primeiro mês de atendimento da FC nas enfermarias destinadas à cardiologia.

Os PRMs que mais se prenunciaram foram os relacionados à prescrição, dispensação e administração (1, 2 e 3 respectivamente), e desta forma sofreram intervenções com o objetivo de serem minimizados.

## Descrição dos PRMs encontrados na 1ª avaliação e intervenções realizadas

- PRM tipo 1 (relacionado à prescrição): Representaram uma taxa de 46% do total de PRMs encontrados, sendo que 62% destes PRM foram reais e 38% foram potenciais. Os casos em sua grande maioria foram devido às interações medicamentosas, que muitas vezes poderiam implicar aumento ou diminuição das concentrações séricas de um ou outro medicamento ou aparecimento de reações adversas. Como relatado no caso clínico a seguir, utilizado como exemplo:

Paciente JCR, portador de ICC crônica, estava sendo tratado com deslanosídeo (IV) e furosemida (VO) entre outros medicamentos. Apresentava náuseas, cefaléia, vertigem e sensação de mal estar durante a administração do deslanosídeo e a furosemida via oral não apresentava resultados satisfatórios.

O diurético de alça está indicado para o tratamento da ICC, do mesmo modo o digitálico, porém apresentam interações farmacocinéticas ao nível de biodisponibilidade, onde o diurético aumenta a depleção de potássio. Tal efeito pode potencializar a ação do digitálico.

Apesar da prescrição de um digitálico e um diurético de alça ser preconizado pela terapêutica da ICC (Goodman & Gilman, 2003) (P.R. Vade-Mécum, 2003), o prescriptor deve estar atento a posologia para evitar o aparecimento de efeitos tóxicos do digitálico.

Neste caso a atuação da farmácia clínica foi fundamental para identificar e propor uma solução para o PRM encontrado.

Foi sugerida a substituição do deslanosídeo (IV) por digoxina (VO), devido às reações apresentadas pelo pa-

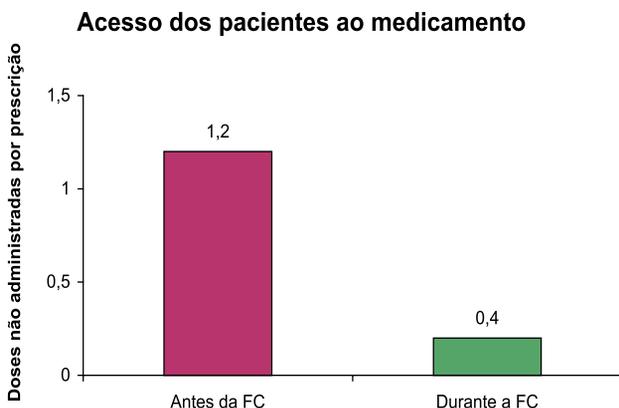
ciente e a furosemida VO por IV. Essas medidas resultaram no desaparecimento dos efeitos indesejáveis e na melhoria da qualidade do tratamento e de vida do paciente durante a internação.

A dosificação farmacocinética do digitálico não foi realizada, pois a instituição não possuía instrumentos que proporcionasse este tipo de teste.

Os outros problemas devido às prescrições como via de administração inadequada (segundo problema mais encontrado), medicamentos necessários não prescritos, doses subterapêuticas entre outros, receberam intervenções através das fichas de atenção farmacêutica, onde foram sugeridas suas alterações.

- PRM tipo 2 (relacionado à dispensação): Representou uma taxa de 38% do total de PRM encontrados. Apesar dos esforços de se formular um sistema de distribuição que visava a redução deste tipo de problema, ainda se mostrou num índice muito elevado. Porém este PRM teve uma redução expressiva quando comparado com o período anterior ao da farmácia clínica, como mostra o gráfico 2.

**Gráfico 2.**



Comparação do número de doses não administradas por prescrição aos pacientes das enfermarias 505/605 das CMF e CMM antes e depois da implantação da Farmácia Clínica (FC).

O gráfico 2 mostra o número de doses não administradas por prescrições, e dentre os principais motivos destas ocorrências estão: a suspensão da medicação pelo médico, impossibilidade de administração (falta de acesso venoso ou cateterismo nasogástrico/entérico nos pacientes que os necessitavam), recusa da medicação pelo paciente e principalmente a falta do medicamento. A avaliação das doses não administradas serviu como análise estatística para a identificação e o controle dos PRM.

A redução observada no gráfico mostra indiretamente que houve uma redução expressiva na falta dos medicamentos (66,6%), até a 1ª avaliação.

A falta de medicamentos pode ter ocorrido por vários motivos. Durante o início da assistência farmacêutica, quando o novo sistema de distribuição foi montado para as enfermarias atendidas pela FC, os funcionários da farmácia responsáveis pela dispensação necessitaram de um tempo para se adaptarem à nova rotina, o que favoreceu a ocorrência de erros.

Devido à mudança no sistema de distribuição ter sido apenas nas enfermarias atendidas pela FC, os funcionários das clínicas médicas responsáveis pelo recebimento dos medicamentos muitas vezes não buscavam na farmácia os das doses individualizadas, possivelmente por esquecimento por serem dispensados separadamente.

O principal motivo de ter ocorrido falta de medicamentos, sem dúvida nenhuma, foi à irregularidade no abastecimento dos estoques da farmácia. Apesar dos pedidos de compras ao setor responsável terem sido feitos com antecedência ao término de algumas medicações que faltaram aos pacientes, a entrega não correspondeu ao prazo previsto.

As resoluções para estes problemas abrangem um grande número de fatores. Em relação aos erros dos funcionários envolvidos, observou-se que passado o período de adaptação, não foram observadas faltas por estes motivos. Ao se tratar do abastecimento do estoque, seria necessário reformular todo o sistema de distribuição de medicamentos do sistema público de saúde, que no momento atual apresenta uma irregularidade muito grande, afetando de forma muito expressiva o atendimento prestado pelos hospitais públicos, principalmente o HEPII. Apesar deste fator interferir diretamente na assistência da farmácia clínica, a resolução deste problema ultrapassa a capacidade de intervenção dentro da unidade de realização da pesquisa, sendo necessárias discussões e medidas políticas, as quais fugiriam do objetivo desta pesquisa, que sendo assim não foram abordadas.

- PRM tipo 3 (relacionado à administração): Representaram uma taxa de 38% do total de PRM encontrados. Os dados foram obtidos a partir dos pacientes, os quais se queixavam de ardência durante a administração de injetáveis (possivelmente devido a diluições inadequadas), não recebiam orientações de como tomar as medicações via oral (muitas vezes tomavam com pouca quantidade de água ou nenhuma, junto com leite ou comida), além das administrações subcutâneas, que estavam provocando hematomas devido a erros na técnica de aplicação.

As intervenções realizadas para minimizar estes tipos de problemas foram feitas através das fichas de atenção farmacêutica, explicando a forma correta das administrações dos medicamentos e distribuição de tabelas de diluição e estabilidade dos medicamentos (Dicionário de Administração de medicamentos na enfermagem, 2003/2004 e L. Trissel, Handbook of Injectable Drugs, 1998).

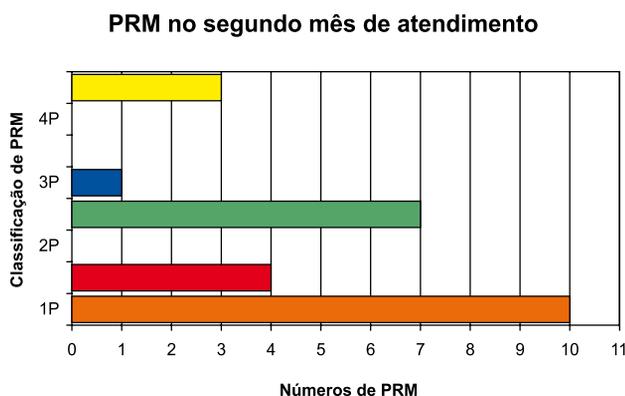
- PRM tipo 4 (relacionado ao paciente): Representou a taxa de 18% do total de PRMs encontrados. A principal causa do aparecimento deste tipo de PRM foram reações adversas aos medicamentos apresentadas pelos pacientes. A intervenção realizada foi através da ficha de atenção farmacêutica, sugerindo redução das doses ou substituição da medicação aos prescritores.

## SEGUNDA AVALIAÇÃO

Trinta dias após a 1ª avaliação, realizamos uma nova, visando observar se houve melhora na qualidade da assistência ao paciente.

O gráfico 3 correspondente ao segundo mês de atendimento da farmácia clínica possui características bem distintas em relação ao gráfico 1.

Gráfico 3.



Legenda: 1P (PRM tipo 1 potencial), 1R (PRM tipo 1 real), 2P (PRM tipo 2 potencial), 2R (PRM tipo 2 real), 3P (PRM tipo 3 potencial), 3R (PRM tipo 3 real), 4P (PRM tipo 4 potencial), 4R (PRM tipo 4 real).

Comparação dos PRM encontrados em relação ao segundo mês de atendimentos nas enfermarias destinadas à cardiologia.

### Descrição dos PRMs encontrados na 2ª avaliação e intervenções realizadas

- PRM tipo 1: Houve um aumento de 7pp (pontos percentuais) em relação à primeira avaliação dos PRMs do tipo 1, passando para 53% dos PRMs totais encontrados. Porém este resultado deve ser avaliado de forma diferenciada. A análise mais detalhada do gráfico mostra que as intervenções feitas foram eficazes, pois o número de PRM real encontrado diminuiu em 50% em relação à avaliação anterior, e houve um crescimento do PRM potencial em 70% que pode ser traduzido como maior eficácia na pre-

venção de PRM real, pois a sua identificação proporciona que se criem maneiras de preveni-los evitando o aparecimento do PRM real.

É importante ressaltar que as interações encontradas nos PRM potenciais não poderiam ser evitadas, pois as medicações utilizadas eram necessárias ao tratamento e faziam parte dos roteiros de terapêuticas utilizados pela equipe de saúde.

- PRM tipo 2: A redução foi apenas de 12pp nos PRMs tipo 2, passando para 26% dos PRMs totais. Isto mostrou que a resolução deste tipo de problema está bastante ligada a redução das faltas das medicações (principal motivo encontrado relacionado ao PRM). A irregularidade no abastecimento dos estoques de medicamentos do HEPII pelo Governo do Estado influenciou drasticamente no resultado da segunda avaliação dos serviços da farmácia clínica. Apesar dos esforços de se manter uma reserva dos medicamentos essenciais para o tratamento dos pacientes atendidos pela farmácia clínica, não foi possível evitar totalmente as faltas devido à demora no reabastecimento dos medicamentos. Por esse motivo ocorreu falta até mesmo de algumas das drogas reservadas.

A falta de medicamentos é um PRM grave, pois influencia negativamente no tratamento do paciente, fazendo-o permanecer por mais tempo internado (o que significa maiores gastos), podendo apresentar agravo no seu quadro clínico, com prognóstico sombrio por não receber as medicações necessárias.

- PRM tipo 3: Apresentou uma redução de 34pp nos PRMs tipo 3, passando de 38% para 3,5% do total de PRMs. Comparando-se os dois resultados, houve uma queda de 89,5% de um período para o outro. O número de casos apresentando PRM 3 real observado na 2ª avaliação foi de 0%, enquanto que na 1ª avaliação foi de 38%, indicando eficácia na prevenção deste tipo de PRM.

O aparecimento do PRM potencial, que na 1ª avaliação foi de 0% e na 2ª avaliação passou para 4%, indica que a intervenção feita foi proveitosa e o método de detecção foi mais eficaz.

- PRM tipo 4: Apresentou uma diminuição de 7pp, passando para 11% do total de PRMs. Apesar dos PRMs 4 abrangerem reações adversas, a assistência farmacêutica pode contribuir para a diminuição de ocorrências.

## ESTUDOS ESTATÍSTICOS

Uma das perguntas mais freqüentes recebidas pela FC dos outros profissionais da equipe de saúde era qual o objetivo do trabalho que estava sendo realizado. Para responder a essas perguntas de forma concreta recorreremos aos estudos estatísticos, visando a auto-avaliação da FC e a reafirmação da necessidade do farmacêutico no atendimento direto ao paciente.

As estatísticas mostraram um grande número de PRMs oriundos de todos os envolvidos com o uso do medicamento. Desta forma cabe ao farmacêutico intervir para minimizar as possíveis conseqüências ao usuário, o principal objetivo da FC.

Os dados coletados para a estatística foram retirados das próprias fichas de atenção farmacêutica, que era carbonada, onde uma via era anexada ao prontuário e a outra era retida para consultas futuras. Assim uma ficha única para a atenção farmacêutica, onde se podia verificar todos os dados relevantes a respeito dos pacientes se mostraram muito útil.

Os campos para classificação de PRM facilitaram as análises estatísticas, pois evitaram a necessidade de se buscar essas informações nos prontuários após a alta hospitalar do paciente.

Visto que no HEPII era uma tarefa muito trabalhosa analisar o prontuário após a alta, pois a organização dos setores responsáveis pelos prontuários após a alta do paciente possui muitas falhas que nos impediram de ter acesso aos prontuários de muitos dos pacientes atendidos pela FC, inserimos um campo de estatística na própria ficha de atenção farmacêutica, para anotar a cada visita o número de doses não administradas por prescrição dos medicamentos prioritários para a cardiologia (MP) e medicamentos totais (MT) durante o período de internação.

## CONCLUSÃO

A implantação do Método AFFAC (Assistência Farmacêutica em Farmácia Clínica em Unidades de Pacientes Internados) foi satisfatória, pois reduziu significativamente os PRMs reais em 57% entre o primeiro e o segundo mês de atendimento, aumentou o acesso do paciente ao medicamento em mais de quatro vezes com a regularização do abastecimento de medicamentos para as enfermarias atendidas e aumentou em mais de três vezes a capacidade de detecção de PRM potencial, o que significa aumento na prevenção de PRMs reais, além de inserir o farmacêutico na assistência direta ao paciente internado.

Os dados relatados anteriormente mostram que a metodologia utilizada foi um bom instrumento de resolução de PRM, como pode ser evidenciado nos PRMs tipo 3 que caíram a zero, reforçando a eficácia do método.

A atenção farmacêutica estimula a educação continuada de toda a equipe de saúde e com isso, seus resultados são bem observados logo após a sua realização.

A atenção farmacêutica em unidades de pacientes internados é uma nova proposição de atividade para os farmacêuticos inserindo-o de forma mais evidente na equipe de saúde.

As atividades desenvolvidas neste novo quadro de assistência ao paciente, possuem caráter que cada vez mais é interdisciplinar e exigem que os farmacêuticos se preparem para enfrentar este novo desafio que a profissão lhes oferece.

A assistência farmacêutica pode e deve ser aplicada em todos as áreas em que o medicamento seja um meio de intervenção numa terapia, ou simplesmente em casos de educação em saúde. Uma vez que todo o trabalho realizado com a implantação deste serviço foi a custo zero para a instituição.

A atenção farmacêutica realizada pelo Método AFFAC pode ser realizada com abrangência variada, e sua implantação pode ser por etapas, como foi no caso desse estudo, onde a primeira etapa se caracterizou pela identificação e resolução de PRM. As etapas seguintes podem ser divididas entre: controle da antibioticoterapia (junto à CCIH), farmacovigilância, dosificação farmacocinética e até mesmo auxílio nas prescrições medicamentosas, que serão implementadas com a continuidade da pesquisa.

A participação ativa do farmacêutico clínico através do Método AFFAC no tratamento pode ser traduzida, a longo prazo, como redução dos casos de PRMs, melhoria da qualidade do atendimento, redução de seqüelas dos PRMs e conseqüentemente redução dos custos e do tempo de internação em ambientes hospitalares. Trata-se uma metodologia simples pois utiliza apenas uma única ficha onde se realiza o exame físico, a busca de PRMs e as estatísticas, sendo portanto de fácil aplicação, de baixos custos e eficaz em ambientes hospitalares, complementando a literatura que até o momento contemplava apenas metodologias aplicadas à atenção farmacêutica voltada ao Ambulatório, como o programa DADER (Faus. *Et al*, 2001).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coelho, Paulo Roberto. Tese Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro, 1998.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, 2004. Disponível em: <http://www.farmacia.med.br/temasdesaude/legislacao2.asp?id=51>. Acesso em 23 de março de 2005.
3. Dicionário de Administração de medicamentos na enfermagem, 3ª ed. EPUB – Editora de Publicações Biomédicas 2003/2004
4. GOMES, MJVM & REIS, AMM Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2001.
5. FONSECA, ALMIR L. da; Interações Medicamentosas. Rio de Janeiro – R.J.: Ed. De Publicações científicas, 1991.

6. GILMAN, A. G.; RALL, T. W.; NIESV, A. S.; TAYLOR, P. (ed.) Goodman e Gilman – As bases farmacológicas da terapêutica. 8ª ed., Rio de Janeiro – R.J.: Guanabara Koogan, 1991.
7. Hepler, Charles D e Strand, Linda M, Pharm. Care Esp. 1999:1:35-47
8. Trissel LA. Handbook on Injectable Drugs. 10th Ed. Bethesda, MD: ASHP, 1996.
9. Congresso da FIP. O papel do Farmacêutico na Atenção à Saúde, Nova Delhi, 1988.
10. BRASIL. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Disponível em [http://64.233.179.104/search?q=cache:T9DsJEt1wuUJ:dtr2001.saude.gov.br/sctie/portaL\\_daf/protocolos\\_clinicos/arquivos\\_leitura/06\\_estrutura.pdf+Protocolos+Cl%C3%ADnicos+e+Diretrizes+Terap%C3%AAuticas&hl=pt-BR](http://64.233.179.104/search?q=cache:T9DsJEt1wuUJ:dtr2001.saude.gov.br/sctie/portaL_daf/protocolos_clinicos/arquivos_leitura/06_estrutura.pdf+Protocolos+Cl%C3%ADnicos+e+Diretrizes+Terap%C3%AAuticas&hl=pt-BR). Acesso em 23 de março de 2005.
11. P.R. Vade-Mécum, São Paulo: Soriak, 2003
12. Faus. M. J. Programa Dader. Disponível em: <http://www.redfarmaceutica.com/atencion/dader/daderpresentacion.cfm>. Acesso em: 23 de março de 2005.