



Ana Eduarda Gonçalves Marinho Costa

Cuidados Farmacêuticos Domiciliares no âmbito da Unidade Móvel de Saúde do projeto “CLDS - PI+PA 3G”

Monografia realizada no âmbito da unidade de Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Setembro 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Eduarda Gonçalves Marinho Costa

Cuidados Farmacêuticos Domiciliares no âmbito da Unidade Móvel de Saúde do projeto “CLDS - PI+PA 3G”

Monografia realizada no âmbito da unidade de Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Setembro 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Ana Eduarda Gonçalves Marinho Costa, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2011165826, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Monografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 12 de setembro de 2016.

A tutora

(Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo)

A aluna

(Ana Eduarda Costa)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho marca o final de um percurso académico e o início de uma nova fase da minha vida. Foram muitas as pessoas que contribuíram para que tudo fosse possível e que tornaram esta etapa ainda melhor e mais marcante, e que fizeram com que a famosa frase se cumpra sempre: “Hoje Coimbra, Amanhã Saudade”.

Agradeço:

À minha tutora de monografia, Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo, pelo auxílio, conselhos e orientações.

À equipa do CLDS, mais precisamente à da Unidade Móvel de Saúde, pela receptividade e ajuda durante o trabalho.

À minha mãe por todo amor, dedicação e apoio incondicional. Ao meu pai por estar sempre presente mesmo quando a distância não o permite, mostrando sempre toda a preocupação, amor e carinho.

Ao Filipe por todo o amor, paciência e por fazer com que tudo se torne mais fácil, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos marcantes deste percurso e dos últimos anos da minha vida.

À Diana, à Grace, à Maria João, à Patrícia e à Madalena, por terem feito parte da minha vida académica, por todo o apoio, por partilharem os melhores e piores momentos durante estes cinco anos em Coimbra e pela amizade que ficará para a vida.

A toda a minha família por todo o apoio e motivação.

À Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra e a todas as pessoas que tive o prazer de conhecer.

Por último, a Coimbra, por me ter deixado crescer com ela e por me fazer acreditar que “O sol de Coimbra é diferente do sol do resto do Mundo”.

*“Vamos começar por fazer o necessário, depois o difícil,
e a certa altura daremos por nós a fazer o impossível”*

Franklin Roosevelt

LISTA DE ABREVIATURAS

APhA – *American Pharmacists Association*

CFD's – Cuidados Farmacêuticos Domiciliares

CLDS – PI+PA 3G - Contrato Local de Desenvolvimento Social – Promover e Inovar Mais Perto do Amanhã 3ª Geração

DCI – Declaração de Consentimento Informado

DCV – Doenças Cardiovasculares

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – *Diabetes Mellitus*

DP – Desvio-Padrão

EUA – Estados Unidos da América

FC – Frequência Cardíaca

HMR – *Home Medicine Review*

HRPIP – *High-Risk Patient Intervention Program*

HTA – Hipertensão Arterial

IC – Insuficiência Cardíaca

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

MC – Massa Corporal

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPA – *Ontario Pharmacists Association*

PA – Perímetro Abdominal

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PCI – *Pharmaceutical Care Integration*

PRM – Problemas Relacionados com a Medicação

RAM's – Reações Adversas aos Medicamentos

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UMS – Unidade Móvel de Saúde

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	2
ÍNDICE DE TABELAS	2
RESUMO	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUÇÃO	5
1.1. O Farmacêutico e a sociedade atual: a sua importância e o seu papel como um profissional de saúde especializado	5
1.2. Cuidados Farmacêuticos Domiciliares (CFD's).....	7
1.2.1. Contexto atual em Portugal e no Mundo.....	7
1.2.2. Dados relativos a resultados em saúde e económicos	11
1.2.3. Potenciais benefícios da visita farmacêutica domiciliar	14
1.2.4. Benefícios e dificuldades para os doentes e médicos.....	14
1.2.5. Perspetivas dos farmacêuticos	17
2. CUIDADOS FARMACÊUTICOS DOMICILIARES NUMA UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE.....	19
2.1. O “CLDS – PI+PA 3G” e a Unidade Móvel de Saúde.....	19
2.2. Contexto e Metodologia	21
2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão	22
2.4. Recolha e Análise dos Dados	22
3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	25
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
ANEXOS	34

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 - Evolução do número de farmacêuticos em exercício. Fonte: página oficial da internet http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2328, visitada a 10-08-2016.</i>	5
<i>Figura 2 - Calendário da UMS. Fonte: página oficial da internet http://www.clds-pipa.com/novo/index.php/unidade-movel-de-saude/, visitada a 10-08-2016.</i>	20
<i>Figura 3 - Mapa de freguesias do concelho de São João da Pesqueira. Fonte: página da internet http://www.visitarportugal.pt/distritos/d-viseu/c-sao-joao-pesqueira visitada a 10-08-2016.</i>	20

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1 - Distâncias percorridas nas visitas da UMS.</i>	21
<i>Tabela 2 - Dados Sociodemográficos (n = 50).</i>	23
<i>Tabela 3 - Dados relativos à existência de fatores de risco (n = 50).</i>	23
<i>Tabela 4 - Dados relativos à análise do estilo de vida (n = 50).</i>	23
<i>Tabela 5 - Dados referentes ao consumo de medicamentos e a co-morbilidades (n = 50).</i>	24
<i>Tabela 6 - Dados relativos ao consumo de outros produtos (n = 50).</i>	24
<i>Tabela 7 - Dados relativos à análise da adesão à terapêutica (n = 32).</i>	24
<i>Tabela 8 - Dados relativos à análise da adesão à terapêutica (n = 32).</i>	25

RESUMO

As visitas a serviços de urgência e os internamentos hospitalares decorrentes de condições de saúde não controladas aumentam a cada dia que passa. Os gastos crescentes e a sobrecarga dos serviços em consequência deste tipo de problemas são inegáveis e in negligenciáveis. Torna-se imperativo atuar a nível preventivo e na gestão da doença e, neste contexto, o Farmacêutico deverá fazer parte da solução. Este pode servir as populações e trabalhar com cada doente no sentido de otimizar as terapêuticas, acompanhar o doente do ponto de vista farmacoterapêutico, mas também atuar como um elo de ligação entre este e os serviços de saúde, facilitando o contacto entre instituições e encaminhando-o quando necessário.

O objetivo deste trabalho foi o de avaliar os benefícios e a necessidade da introdução do farmacêutico em equipas de cuidados de saúde multidisciplinares. Para tal, um “farmacêutico” foi integrado na Unidade Móvel de Saúde (UMS) do projeto “CLDS-PI+PA 3G” (Contrato Local de Desenvolvimento Social – Promover e Inovar Mais Perto do Amanhã 3ª Geração).

Realizou-se uma entrevista a cada participante que teve por base toda a medicação que este deu a conhecer. A análise incidiu sobre os aspetos sociodemográficos, a adesão à terapêutica e as estratégias de memória para a toma diária da medicação.

Os instrumentos utilizados demonstraram serem úteis na identificação de situações em que os participantes poderiam beneficiar de um programa de cuidados farmacêuticos domiciliares com vista à otimização da gestão da sua terapêutica medicamentosa.

Palavras-Chave: Gestão da Doença; Otimização da Terapêutica; Unidade Móvel de Saúde; Cuidados Farmacêuticos Domiciliares.

ABSTRACT

Visits to the emergency services and hospital admissions that are caused by uncontrolled chronic diseases are increasing every day. The increase in costs and overload of health systems are undeniable. It is crucial to act in a preventive way and manage the disease itself. In this case, the pharmacists should be part of the solution. A pharmacist can serve the populations, work with them, optimize therapeutics, and follow patient pharmacologically. Not only that but they can also play a role in the communication between patients and health systems. With that, it becomes easier to guide the patient.

The purpose of this study is to assess the benefits and the necessity of the insertion of pharmacists in multidisciplinary health care teams. Keeping this in mind, a “pharmacist” was integrated at the Health Mobile Unity, within the project “CLDS – PI+PA 3G” (Contrato Local de Desenvolvimento Social – Promover e Inovar Mais Perto do Amanhã 3ª Geração).

This study included short interviews and it was based on the medicines which participants gave to know. The analysis focused on socio-demographic aspects, therapy adherence and memory strategies to take daily medication.

The instruments shown to be useful in identifying situations where participants could benefit from a home-based pharmaceutical care program aimed at optimizing the management of their drug therapy.

Keywords: Disease’s management; Therapy’s Optimization; Health Mobile Unity; Home Healthcare Pharmacy.

I. INTRODUÇÃO

1.1. O Farmacêutico e a sociedade atual: a sua importância e o seu papel como um profissional de saúde especializado

A profissão farmacêutica tem visto o seu número de profissionais, a exercer em Portugal, a aumentar a cada ano que passa. Segundo a Ordem dos Farmacêuticos (OF), existiam 14 668 farmacêuticos inscritos no ano de 2014 (Figura 1), contrastando com os 8 032 existentes no ano 2000. Estes números mostram que a profissão está a crescer e que está, cada vez mais, pronta para servir a população, em todas as áreas de intervenção. Para melhor percebermos a verdadeira importância do farmacêutico nos dias de hoje, é necessário analisarmos não só as suas capacidades como especialista do medicamento e como profissional de saúde mas também a nossa sociedade atual.



Figura 1 - Evolução do número de farmacêuticos em exercício. Fonte: página oficial da internet http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2328, visitada a 10-08-2016.

Em primeiro lugar, não podendo deixar de ser referido, existe um constante envelhecimento da população, tanto em Portugal como nos restantes países desenvolvidos. Dados da *Organização Mundial de Saúde* (OMS) indicam que a esperança média de vida atual é de 71,4 anos. Em Portugal, tendo como fonte os resultados definitivos do *Censos de 2011*, a percentagem de população idosa aumentou, durante o período entre 2001 e 2011, de 16,35% para 19,03%, crescimento este que se vem verificando também nos últimos anos (INE, 2011).

Os problemas relacionados com a medicação (PRM) são cada vez mais comuns, principalmente em populações de países desenvolvidos, dado este envelhecimento da população, o fácil acesso aos serviços de saúde e o avanço da medicina. Os PRM decorrem,

por exemplo, de reações adversas aos medicamentos (RAM), de interações medicamentosas entre fármacos, prescritos e de venda livre, e entre estes e suplementos, vitaminas e plantas, ou mesmo de interações entre fármacos e doença. Esta situação causa uma morbidade e mortalidade significativa e está associada a custos económicos elevados tornando-se um grande peso nos recursos do sistema de saúde (Unidade de Missão para os Cuidados Integrados, 2008). Comparando com a população em geral, as pessoas idosas, por terem geralmente mais problemas de saúde e uma farmacocinética e farmacodinâmica distinta de outras faixas etárias, são as que tomam um maior número de medicamentos e que têm maior probabilidade de sofrer estes efeitos. Por outro lado, são prescritos, frequentemente, medicamentos cujo uso em idosos é inapropriado, o que aumenta, não só, a probabilidade e o risco de terem PRM mas, também, os custos em saúde, sendo já um importante problema de saúde pública por todo o mundo (Hamano, Ozone e Tokuda, 2015).

Revisões sistemáticas publicadas mostraram que 4,9 a 7,7% das admissões hospitalares estão relacionadas com RAM's e que uma média de 4,3% das admissões estão relacionadas com medicamentos e são consideradas evitáveis (Howard *et al.*, 2007). Outros autores indicam que 30% das admissões hospitalares estão relacionadas com PRM ou efeitos tóxicos dos mesmos (Unidade de Missão para os Cuidados Integrados, 2008). Neste contexto atual, a intervenção do farmacêutico parece ser fundamental, permitindo a melhoria da qualidade de vida dos doentes e uma redução dos custos inerentes ao acesso desnecessário aos serviços de saúde.

No “*Relatório de Actividades e Contas 2015*” da OF é referido o estudo solicitado pela mesma a consultores externos designado de “Valor Social e Económico das Intervenções em Saúde Pública dos Farmacêuticos nas Farmácias em Portugal”. Este estudo analisou o efeito de cerca de 120 milhões de intervenções anuais em Saúde Pública por parte de Farmacêuticos Comunitários. Os resultados mostram que estas intervenções aportam qualidade de vida e proporcionam uma redução do consumo de outras fontes de cuidados de saúde em 6 milhões de atos por ano, como por exemplo consultas médicas não programadas, urgências e hospitalizações, e apresentam um valor económico estimado de 880 milhões de euros anuais, a favor do estado e das famílias. (OF, 2015)

Com estes dados, o papel do farmacêutico parece ser imprescindível. Para além de um profissional especializado no medicamento, é um profissional de saúde multidisciplinar, com capacidade para ser integrado em equipas de saúde. A sua ação deve ser integrada no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e deve ser visto como um prestador de cuidados. A nível

dos cuidados de saúde primários, pode atuar, por exemplo, identificando indivíduos com fatores de risco ou realizando um acompanhamento a doentes crónicos, como os diabéticos, os hipertensos, ou outros, ou mesmo na renovação da terapêutica, que resulta numa sobrecarga do SNS, tornando-o menos eficiente e com menos recursos. O farmacêutico deveria ser o profissional que segue o processo farmacoterapêutico dos doentes, que gere a sua terapêutica e todos os assuntos relacionados com o uso de fármacos. (OF, 2015)

1.2. Cuidados Farmacêuticos Domiciliares (CFD's)

1.2.1. Contexto atual em Portugal e no Mundo

A perspetiva sobre os cuidados de saúde tem sofrido mudanças e tem sido um ponto de aproximação entre os prestadores de cuidados e pagadores no sentido de se melhorar a qualidade, aumentar o acesso aos mesmos e de reduzir custos. Os farmacêuticos são profissionais que estão bem posicionados para serem bem sucedidos neste ambiente de mudança, intervindo com serviços clínicos como é o caso da gestão da terapêutica. (Monte *et al.*, 2016)

Entre os diferentes tipos de intervenções clínicas que podem ser realizadas pelos farmacêuticos encontra-se a prestação de serviços a nível domiciliar. Os Cuidados Farmacêuticos Domiciliares (CFD's) podem funcionar através da farmácia comunitária, de unidades de cuidados de saúde primários ou secundários ou de associações privadas, inseridos num contexto geral de gestão da doença e da farmacoterapia dos doentes ou em casos de doentes que têm recentemente alta hospitalar. Basicamente, o serviço funciona com uma visita farmacêutica à casa do doente, seja este idoso ou mais jovem, podendo esta ser feita através de um farmacêutico hospitalar, de um comunitário ou de um farmacêutico independente. A *American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)* define os CFD's como a “provisão de produtos farmacêuticos especializados e complexos e de serviços clínicos de avaliação e monitorização de doentes nas suas casas” (Iglésias-Ferreira e Mateus-Santos, 2011).

Os doentes que têm recentemente alta hospitalar veem aumentado o risco de experimentar uma RAM, e mais de metade destes podem ser prevenidos, sendo que 14% destes doentes sofreram um caso de discrepância na medicação, com uma proporção igualmente distribuída entre fatores relacionados com o doente e relacionados com o sistema de saúde. Os principais tipos de erros são as prescrições incompletas e a omissão de medicamentos mas, mesmo quando é feita uma reconciliação da terapêutica correta a nível

hospitalar, os doentes, muitas vezes, não compreendem as instruções dadas, principalmente em regimes complexos, o que acontece em 80% dos casos. (Kogut et al., 2014)

Um estudo realizado no Canadá relata uma incidência de RAM's após alta hospitalar entre 11 a 20% e que estes podem resultar num uso ainda maior das unidades de cuidados de saúde como é o caso dos serviços de urgência (Flanagan et al., 2010). Na Austrália, as percentagens de admissões hospitalares devido a PRM variam entre 5,6%, na população geral, e 30,4%, na população idosa (Ahn et al., 2015). O mesmo autor reporta que a adesão do doente à medicação é baixa, estando entre os 50 e os 60% e que, por outro lado, 59% dos adultos não têm o nível mínimo de literacia requerida para a compreensão da informação em saúde. Estes dados sugerem a necessidade de uma estratégia para melhorar o uso do medicamento e para prevenir efeitos adversos do uso do mesmo (Ahn et al., 2015). Neste ponto, os CFD's são uma estratégia que, uma vez implementada, melhora a segurança do medicamento durante as transições entre hospitais/unidades de saúde e a casa dos doentes após a alta médica. Educar os doentes sobre os seus medicamentos pode melhorar a compreensão acerca dos mesmos e da importância da adesão à terapêutica (Al-Rashed et al., 2002).

Já são algumas as instituições ou associações que têm vindo a introduzir o conceito de cuidados de saúde centrados no doente e a direcioná-lo para o ato farmacêutico e a, particularmente, implementarem CFD's. Esta tem ocorrido tanto em âmbito hospitalar como a nível da farmácia comunitária. Seguem alguns destes exemplos de associações e programas:

A *Pharmaceutical Care Integration (PCI)* é uma associação norte-americana inovadora na área da gestão da terapêutica medicamentosa e assiste organizações prestadoras de cuidados de saúde, como hospitais, residências, entre outras responsáveis pela saúde da população, como, por exemplo, as responsáveis pela pelas readmissões hospitalares e de utilização de serviços de urgência. A missão é alcançar resultados positivos ao nível da saúde enquanto reduzem a despesa e os custos através de uma gestão da medicação melhorada, otimizando-se a prestação de cuidados. (*Pharmaceutical Care Integration*, [s.d.]

Para tal, a PCI oferece um serviço designado de "CareRxConnectTM", aprovado por planos de saúde e por médicos e coberto por alguns seguros de saúde. Neste serviço, um farmacêutico visita a casa de doentes com um plano de medicação complexo e ajuda estes e/ou os seus cuidadores a compreenderem e a gerirem melhor a terapêutica. A PCI acredita que, ao se introduzir na equipa de cuidados de saúde um farmacêutico, o doente tem uma

maior compreensão do porquê, quando e como utilizar os seus medicamentos, o que contribui para melhorar a saúde do indivíduo e para reduzir o número de admissões a nível hospitalar. O farmacêutico consegue também gerir situações de reações adversas e interações medicamentosas e educar o doente de forma a evitar que estas ocorram e de como este deve agir caso isso aconteça. O "CareRxConnect™" conta com farmacêuticos clínicos qualificados e com técnicos de farmácia e inclui os seguintes serviços: uma revisão completa da medicação, incluindo vitaminas e MNSRM; a criação de um registo personalizado da medicação com um plano de ação designado para evitar interações e reações adversas e para reduzir medicação e custos desnecessários; a documentação e o *follow-up* para continuar a assistir o doente. Os principais beneficiários deste serviço são, de facto, indivíduos com planos terapêuticos complexos, os que sofrem de doenças crónicas, que são polimedicados e que têm medicamentos prescritos por vários médicos. Para além deste tipo de perfil, aqueles que têm problemas de mobilidade, problemas na compreensão e/ou na adesão aos regimes terapêuticos instituídos também podem beneficiar deste tipo de programas. A PCI atua também através de farmácias locais, acreditando serem os melhores locais para a prestação deste tipo de cuidados de saúde, visto que têm um papel ativo dentro da comunidade onde se inserem. (*Introduction | Payer Organizations | PCI, [s.d.]*)

A *Ontario Pharmacists Association (OPA)* é a maior organização de defesa, de educação contínua e de provisão de informação sobre medicamentos para os profissionais de farmácia no Canadá. Dedicada e focada em trabalhar em prol dos interesses dos doentes, dos farmacêuticos, dos estudantes de farmácia e na defesa da criação de elevados padrões de profissionais de excelência, a OPA criou uma diversidade de programas e serviços à disposição da comunidade, fazendo mostrar que o farmacêutico é mais que um profissional que dispensa medicamentos e que faz um aconselhamento no momento da venda. (*About our organization - Ontario Pharmacists Association, [s.d.]*)

Um exemplo destes serviços é o "*Medscheck at home*", criado no âmbito do programa "*Medscheck*" lançado no ano de 2007 numa colaboração entre a OPA e o "*Ontario Pharmacy Council*". Este programa foi criado no sentido de servir pessoas que tenham um cartão válido do plano de seguro de saúde de Ontario e um destes três requisitos: tomar pelo menos três medicamentos para uma doença crónica, ter diagnosticada *Diabetes Mellitus* tipo 1 ou 2, e/ou viver numa unidade de cuidados de saúde de longo prazo. O "*Medscheck at Home*" é direcionado para pessoas elegíveis para o programa mas que estão doentes, frágeis, que são idosos ou que vivem em condições de isolamento. O objetivo é assegurar que o doente compreende e conhece todos os medicamentos que toma, incluindo a dosagem

correta, quando e como deve tomá-los, possíveis efeitos adversos ou interações que podem ocorrer e para os quais deve estar atento, bem como educá-lo para uma melhor forma de administrar os medicamentos e/ou manusear os dispositivos médicos que necessita, tais como inaladores, canetas de insulina, etc. Cada consulta demora cerca de 20 a 30 minutos, dependendo da complexidade da terapêutica. (*The MedsCheck Program - Ontario Pharmacists Association*, [s.d.])

O “*HomeCareRx*” é um exemplo de outro programa canadiano, criado pelas autoridades administrativas da cidade de *Ontario* e financiado pelo programa “*Medscheck, Medschek Diabetes and Medscheck at home*”, que faz a revisão da medicação anual. É um serviço direcionado para pessoas que tomem mais que três medicamentos e conta com farmacêuticos especializados em visitas ao domicílio, servindo pessoas que não podem sair de casa ou que têm muitas limitações a esse nível. Este programa trabalha, especialmente, na zona de York, Toronto e Sarnia, sendo que o Ministério da Saúde paga uma consulta e as restantes são pagas pela família através de uma taxa, aplicada às visitas de *follow-up* e a outros serviços. A equipa é constituída por “*Consultant Pharmacists*”, os quais estão responsáveis por diferentes regiões, sendo também “*Certified Geriatric Pharmacists*”, ou seja, Farmacêuticos especializados na área de Geriatria, permitindo que haja um melhor trabalho quando se trata da gestão da medicação de pessoas com mais de 65 anos. (*Home - Home Care Rx*, [s.d.])

Uma das principais tarefas do “*HomeCareRx*” é a criação de uma lista completa da medicação para o doente ter sempre consigo sempre que vá a consultas de rotina, quando é admitido a nível hospitalar ou para partilhar com outro membro da equipa de saúde. Para além disso, é feita, também, uma recolha dos medicamentos fora de prazo ou de medicação que já não seja utilizada, para evitar enganos. Nas consultas de *follow-up*, a lista de medicamentos é constantemente atualizada. Encontra-se em anexo um panfleto informativo criado no âmbito do “*HomeCareRx*”, acerca dos benefícios dos CFD’s.

Na Austrália foi introduzido em 2001 o programa “*Home Medicine Review*” (HMR) no plano nacional de saúde australiano (*Australian Medicare Benefits Schedule*) para resolver questões relacionadas com a medicação. O objetivo do HMR é reduzir os problemas que advêm de um uso inapropriado dos medicamentos, ao melhorar a colaboração entre o doente, o médico de clínica geral e o farmacêutico. Os médicos identificam os doentes com perfil para virem a beneficiar deste serviço, nomeadamente os que sofreram alterações recentes na sua medicação, os que tomam mais do que cinco medicamentos, os que tiveram alta recentemente, quando se suspeita de não adesão à terapêutica ou doentes sob cuidado

de muitos médicos especialistas. Depois de este ser referenciado, o farmacêutico autorizado encontra-se com o doente na sua residência, avalia o seu conhecimento sobre a medicação, e presta um serviço de educação para a saúde. Quando completa a revisão, este escreve um relatório ao médico sugerindo alterações, quando necessário, sendo que este último realiza uma consulta de *follow-up* e integra as sugestões do farmacêutico. Os princípios do HMR estão alinhados com o cuidado de saúde centrado no doente, um modelo de cuidados de saúde estabelecido na Austrália. (Ahn *et al.*, 2015)

Em Portugal, ainda não existem programas em que o farmacêutico atue como um prestador de cuidados a nível domiciliário ou de forma integrativa como elo de ligação entre o doente e as unidades de saúde primárias ou secundárias. No entanto, segundo a OF, estão a ser feitos esforços nesse sentido. Por exemplo, foi enviada uma carta pelo Bastonário, em Maio de 2014, ao Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde acerca dos contributos da Ordem sobre o relatório do grupo criado pelo Ministério com o intuito de “propor uma metodologia de integração dos níveis de cuidados da saúde em Portugal”. Nesta carta, a OF defendeu a figura do farmacêutico como Gestor do Doente, a nível da garantia da adesão à terapêutica, da renovação do receituário crónico, da revisão dos resultados de parâmetros de Análises Clínicas, do acompanhamento do processo clínico do utente e da ligação aos cuidados hospitalares, segundo o *Relatório de Actividades e Contas da OF* de 2014 (OF, 2014). Apesar de em Portugal a legislação não integrar nem referir a disponibilização de CFD's, esta não impossibilita a introdução dos mesmos por parte dos farmacêuticos. Nada parece impedir que se implemente e desenvolva estes serviços onde estes são necessários e com uma abordagem integrada e centrada no doente. (Iglésias-Ferreira e Mateus-Santos, 2011)

1.2.2. Dados relativos a resultados em saúde e económicos

Entre os perfis de doentes que podem beneficiar de CFD's, os exemplos mais comuns incluem a existência de uma nova doença, novos fármacos e/ou dispositivos médicos, a necessidade de reconciliação da medicação, organização da medicação, casos de polimedicação, falta de literacia em saúde e casos de transições hospitalares (Monte *et al.*, 2016).

Num estudo que abordou a parceria inovadora entre um hospital e uma farmácia comunitária nos EUA, destaca-se a redução de readmissões e a resolução de questões relacionadas com a medicação. O hospital *Virginia Mason* em *Seattle*, Washington DC., numa parceria com o grupo de farmácias *Kelley-Ross*, lançou o programa piloto “*Heart to Heart*”,

em agosto de 2015, em que as farmácias do grupo telefonam e visitam os doentes com Insuficiência Cardíaca (IC) moderada a severa entre 1 e 3 meses após terem sido admitidos a nível hospitalar. Para otimizar os resultados, foi dada permissão aos farmacêuticos do programa para terem acesso ao registo médico eletrónico de cada doente, no sentido de estes conhecerem os motivos da admissão, os exames e testes realizados durante o internamento e qual a medicação administrada. Por outro lado, com este tipo de acesso por parte dos farmacêuticos é também possível o médico inteirar-se de qualquer nota criada pelo mesmo acerca da medicação do doente, havendo uma comunicação ativa entre os dois profissionais de saúde. Dos 19 doentes com IC que foram abrangidos, apenas 1 foi readmitido e por uma questão não relacionada com a doença desde que o programa começou, o que se revela como um dado encorajador visto que a média de readmissões de doentes com IC durante os 30 dias seguintes à alta era cerca de 24%. Para além destes dados, os farmacêuticos identificaram 86 eventos relacionados com a medicação que requereram intervenção durante a visita domiciliar. (Blank, 2015)

Por outro lado, um estudo realizado na Austrália focado nos doentes com problemas cardíacos em que se implementou uma visita do farmacêutico às suas casas após terem tido alta hospitalar, mostra que houve uma diminuição de 45% na taxa de hospitalização destes no primeiro ano do programa. Neste caso, é importante destacar a parceria farmacêutico-médico, sempre presente e que se demonstrou ser fundamental. (*Doctor-Pharmacy Partnership Reduces Hospitalization For Heart Failure* [s.d.]

No Canadá, a *Fraser Health Authority*, uma das seis autoridades de saúde de *British Columbia*, iniciou um programa de gestão da medicação baseado num já existente denominado por *High-Risk Patient Intervention Program (HRPIP)*, um ensaio controlado e aleatório que decorreu entre 1999 e 2000 e que mostrou que uma visita após-alta por um farmacêutico e um enfermeiro a doentes idosos reduziu significativamente o número e a duração de internamentos hospitalares subsequentes. O novo programa recaiu sobre doentes com 65 ou mais anos de idade e que tomavam pelo menos 6 medicamentos e, em contraste com o HRPIP, apenas envolveu farmacêuticos, que visitaram a casa dos doentes até uma semana após a alta ou em outros casos em que a visita fosse referenciada por um médico.

Durante o período entre abril de 2005 e 31 de março de 2007, foram avaliados os regimes terapêuticos e realizaram-se reconciliações da medicação. Também foram feitos serviços como educação para a saúde, limpeza do local de armazenamento dos

medicamentos, promoção da adesão, requerimentos de monitorização laboratorial, identificação de RAM's ou encaminhamento a outro profissional de saúde. A avaliação principal dos dados foi baseada em 836 doentes com média de idades de 80,3 anos. Cada visita demorou, em média, 1h05' e os telefonemas de *follow-up* cerca de 19 minutos. Foram geradas 4346 recomendações e 74,6% foram aceites. Analisaram-se as readmissões hospitalares no ano anterior e no ano a seguir à implementação do serviço, tendo-se concluído que esta ação resultou numa poupança de \$11 014 decorrentes da diminuição do recurso aos serviços de saúde. Subtraindo o custo médio de internamento calculado em \$7000 e multiplicando pelo número de doentes, 836, verifica-se uma diferença total de \$3 355 704, cerca de 2 milhões e 300 mil euros. Tendo em conta que o programa entre 2005 e 2007 custou um total de \$808 050.14, perto de 555 mil euros, temos um potencial médio de benefícios líquidos total de \$2 547 653.90, perto de 1 milhão e 750 mil euros, o que equivale a \$3047.43 por doente, cerca de 2 100€. (Flanagan *et al.*, 2010)

Numa outra investigação realizada nos EUA, analisaram-se os métodos e custos para a implementação de CFD's em larga escala. Os resultados basearam-se numa revisão retrospectiva das visitas farmacêuticas domiciliárias conduzidas por uma farmácia independente denominada por *Mobile Pharmacy Solutions*, em *Buffalo*, New York, durante o período de um ano (desde 2012 a 2013). Recolheram-se dados sobre o número médio de medicação crónica e de doenças dos utentes, o tempo total gasto e a distância percorrida. O tempo e as viagens foram determinados como as principais fontes de custo, contribuindo para calcular o custo total das visitas para a farmácia. Foram feitas 172 visitas a 137 doentes, estes com média de 70,6 anos de idade, 3 doenças crónicas e 9,8 medicamentos. A duração da visita teve uma média de 2 horas. A maior parte do tempo residiu na própria visita do farmacêutico em casa do doente, seguido do tempo para preparação da visita e para a documentação pós-visita (0,6 +/- 0,5 horas) e, por último, no tempo de viagem (0,6 +/- 0,4 horas). Foram necessárias 346 horas para completar as 172 visitas e o custo total para a farmácia relativamente ao tempo gasto por farmacêutico foi de \$19 320, equivalentes a cerca de 17 300€. Os custos de viagem foram de \$1169 (\$6,80 por visita), o que dá, aproximadamente, um total de 1050€, numa média de 36 minutos. As visitas de *follow-up* tiveram uma duração e custos menor que a primeira (inicial: \$150; *follow-up*: \$108), demorando cerca de menos 25 minutos. (Monte *et al.*, 2016)

1.2.3. Potenciais benefícios da visita farmacêutica domiciliar

São vários os estudos que mostram os benefícios de uma visita domiciliar realizada por um farmacêutico. Em primeiro lugar, o farmacêutico é capaz de identificar corretamente toda a prescrição, MNSRM e medicação alternativa que o doente tem atualmente em casa, bem como as condições de conservação dos medicamentos e retirar alguns que estejam fora de prazo (Monte *et al.*, 2016). Por outro lado, com CFD's por parte de hospitais, consegue-se garantir a qualidade da assistência prestada ao doente com o intuito de favorecer o restabelecimento da saúde e permitindo que este esteja num meio familiar e menos exposto aos riscos de infeção do ambiente hospitalar (Brandão, 2014).

Uma outra vantagem ao se atuar a nível domiciliar é que, em algumas circunstâncias, a casa do doente pode ser um melhor local para aprendizagem, por se sentirem mais confortáveis, e, também, dá a possibilidade ao farmacêutico de adaptar o espaço e as áreas da habitação à organização da medicação e a técnicas de adesão à terapêutica, bem como avaliar a segurança do doente em casa (Monte *et al.*, 2016). A avaliação das necessidades do doente a nível social e económico é também bastante importante, dado que a adesão à terapêutica nem sempre é apenas por falta de conhecimentos. Um exemplo prático que o farmacêutico pode constatar é o de que se não há comida no frigorífico não é realístico esperar que a adesão à terapêutica tenha uma prioridade elevada. Particularmente em áreas de pobreza e com doentes idosos a viverem sozinhos e de forma independente, o farmacêutico pode atuar na sinalização destes casos às entidades competentes no sentido de se prestarem, em primeiro lugar, serviços mais básicos como a alimentação, a higiene e a integração social e, depois disso, determinar objetivos específicos para se registarem mudanças no plano terapêutico (Monte *et al.*, 2016).

1.2.4. Benefícios e dificuldades para os doentes e médicos

Existem evidências que mostram que os CFD's e a colaboração entre o farmacêutico e o médico podem resultar num melhor cuidado do doente e numa melhor gestão da sua medicação (Ahn *et al.*, 2015). No entanto, o que pensam realmente os doentes e os médicos acerca do serviço? Para investigar este assunto, foram feitos alguns estudos em que se entrevistaram alguns doentes que receberam o HMR e médicos que já referenciaram utentes para o mesmo serviço. Assim, analisaram as respostas quanto aos benefícios e dificuldades, bem como estratégias que se deveriam implementar para melhorar o programa.

Ahn et al. entrevistaram 15 doentes que completaram o HMR no centro médico de *Blacktown*, Sidney. A maior parte tinha mais de 50 anos de idade e completou o ensino secundário, sendo que alguns tiveram educação superior. Relativamente à compreensão sobre o que era o HMR, a maioria dos participantes não tinha noção de que este iria ser uma oportunidade para a avaliação do seu regime terapêutico e para o melhorar caso necessário. Por outro lado, houve falta de esclarecimento acerca do processo de acompanhamento, visto que a maior parte dos participantes não tinham consciência de que este era um processo contínuo modulado pelo médico e pelo farmacêutico, com uma monitorização do progresso das recomendações feitas. Os investigadores colocam como principal fator a falta de explicação por parte do médico. Neste sentido, é mais provável melhorar a preparação do doente e o seu interesse no HMR se o médico fornecer uma explicação mais clara sobre os objetivos deste serviço.

O aumento do conhecimento e compreensão por parte do doente, a existência de uma revisão holística, o aumento de um comportamento de procura em saúde, o fortalecimento do conceito de auto-gestão e o interesse em encorajar outros a recorrer ao HMR foram vistos como pontos positivos da utilização do serviço. As principais dificuldades, no que diz respeito ao doente, residem na informação dada durante o encontro inicial com o médico sobre o HMR, na atitude pobre e na informação limitada durante a visita por parte de alguns farmacêuticos e os longos atrasos e falta de apoio médico no processo de acompanhamento. Estes resultados indicam que a abordagem do médico e do farmacêutico pode influenciar a perspetiva que o doente tem em relação ao serviço. Esta variabilidade pode ser reduzida enfatizando a importância do cuidado centrado no doente entre os dois profissionais de saúde. Em suma, segundo *Ahn et al.* os doentes beneficiam do processo de HMR se este for bem realizado, se compreenderem como funciona e qual o seu propósito, se houver uma comunicação adequada por parte do médico e do farmacêutico e se receberem um resumo efetivo dos resultados da visita e do processo de acompanhamento designado pelo médico, sendo recomendado um resumo escrito.

No que diz respeito à comunidade médica, os médicos de clínica geral, particularmente os médicos de família, têm um papel importante ao determinarem quais os doentes que parecem vir a beneficiar do HMR. Antes de 2011, a única opção disponível para referenciar um doente era a sua nomeação pela farmácia. No ano de 2011 foi introduzido um segundo modelo que consiste numa referência feita diretamente a farmacêuticos autorizados por parte dos médicos (*Dhillon et al.*, 2015). Mas qual é a posição e a opinião dos médicos australianos quanto ao HMR? *Dhillon et al.* investigaram as perceções dos

médicos de clínica geral australianos sobre os benefícios e as limitações do processo e do serviço. Foram entrevistados 24 médicos de 14 centros médicos metropolitanos em *Perth*, entre março e maio de 2013. Entre os 24 participantes, 17 eram conhecedores do modelo de referência direta e 12 já o tinham utilizado.

A maioria dos médicos mostrou apoiar o serviço e concordou que o HMR facilita a adesão através da educação dos doentes sobre o uso correto dos medicamentos, aumentando a autoconfiança e a independência dos mesmos. Adicionalmente, alguns médicos destacaram o facto de o HMR prestar assistência na monitorização de efeitos adversos associados a fármacos e na administração da medicação. Também foi referido que o serviço pode ser particularmente útil em doentes com problemas cognitivos e imigrantes que possam ter dificuldades a nível linguístico. Mostraram também que a redução de custos para o doente era outro benefício.

Por outro lado, no mesmo estudo, foi referido que o HMR melhora o conhecimento farmacológico dos médicos, sendo que alguns comentaram que após receberem o relatório ficaram mais e melhor informados sobre a medicação complementar do doente, prescrita e não prescrita. Para além disso, alguns médicos referiram o facto de se reduzir medicação desnecessária, de se evitarem casos de combinações medicamentosas potencialmente perigosas e, por outro lado, de erros na medicação decorrentes da substituição para medicamentos genéricos. Dois participantes do estudo reportaram uma maior utilização do serviço de HMR em meios rurais e em locais onde há uma maior percentagem de população reformada. Alguns participantes referiram a falta de interesse em usar o HMR e um relatou não ser benéfico.

Os resultados do estudo mostram que as quatro principais barreiras limitadoras da utilização do serviço são o facto de este ser um processo longo, de se ter de lidar com muita documentação, os constrangimentos em termos de tempo e a baixa consciência sobre o serviço. Por outro lado, alguns mostraram dúvidas sobre o facto de o doente poder não conhecer o farmacêutico, principalmente quando o profissional selecionado não é o seu farmacêutico comunitário. Os participantes que referiram este ponto acreditam que o farmacêutico que conduz a visita deve ser escolhido pelo doente. Também mostraram preocupação referentes à entrada do farmacêutico nas residências e à existência de barreiras culturais e assuntos domésticos que podem contribuir para a resistência à utilização do HMR. Contudo, um estudo feito anteriormente e que envolveu doentes mostrou que este

desconforto não era significativo, sendo que o que foi influente na decisão foi mesmo a sua percepção do benefício que poderiam obter do serviço (Dhillon *et al.*, 2015).

Os participantes sugeriram que o processo podia ser melhorado se os farmacêuticos utilizassem um modelo de relatório padrão, de modo a melhorar a consistência dos relatórios produzidos. Outra sugestão foi a implementação de um programa de relatórios eletrónico. Estas sugestões foram também referidas em estudos anteriores, sendo o sistema de comunicação eletrónico a estratégia preferida, permitindo uma simplificação do processo de referenciação pelo médico e melhorando a transferência de documentos entre os dois profissionais de saúde.

1.2.5. Perspetivas dos farmacêuticos

Uma pesquisa da *American Pharmacists Association* (APhA), denominada por “APhA Career Pathway Evaluation Program 2007”, pretendeu avaliar e analisar todas as carreiras farmacêuticas possíveis com o objetivo de criar uma base de dados para os estudantes de farmácia de modo a que estes tenham uma ajuda quanto à decisão a tomar para o seu futuro. Uma das carreiras farmacêuticas avaliadas foi a da prática de “*Home Health Care Pharmacy*”, ou seja, Cuidados Farmacêuticos Domiciliares. Participaram no estudo 53 farmacêuticos clínicos a exercer na área domiciliar, os quais mostraram a sua percepção sobre esta carreira farmacêutica e avaliaram cada característica e principais fatores. Os participantes tinham uma média de 44 anos, em que 64% dos participantes estavam extremamente satisfeitos e 51% viam o seu trabalho como extremamente desafiante. (*American Pharmacists Association* (APhA), 2007).

Os aspetos mais apelativos do *Home Health Care* residiram na flexibilidade de horários (23%) e no envolvimento clínico com os doentes (19%). Os menos apelativos estavam relacionados com a dependência de telefonemas (36%), questões relacionadas com seguros (13%) e com a quantidade de trabalho que tem de ser feito para além das visitas (8%).

Numa escala de avaliação de 1 a 10, em que 1 significa “discorda completamente” e 10 “concorda completamente”, avaliaram-se alguns fatores críticos e as principais características e atividades relacionadas com os CFD’s. Destacam-se, por exemplo, a interação com os doentes e outros profissionais de saúde (6), a continuidade destas relações a nível pessoal (6,9) e a colaboração com outros profissionais de saúde (7,2).

Adicionalmente, o facto de se realizar uma variedade de atividades diárias (6,5) e de se ter de lidar com múltiplas tarefas ao mesmo tempo (7,9) foram pontos com uma avaliação média positiva. Por exemplo, no que diz respeito à resposta a questões dos doentes, a receber chamadas telefónicas do médico, a verificar ordens de prescrição e a avaliar problemas de segurança. O farmacêutico deve possuir uma variedade de competências e conhecimentos que permitam enfrentar a quantidade e a diversidade de atividades e de medicamentos e as diferentes necessidades de cada doente. Outros pontos com uma avaliação bastante positiva foram a existência de tarefas de gestão e supervisão (6,8), a aplicação de conhecimentos científicos (6,9) e médicos (7,8), a flexibilidade e regularidade no horário de trabalho (6,9), a boa segurança (8,1) e a autonomia (8,1). Uma grande parte dos farmacêuticos trabalham sozinhos, e uma das liberdades desta prática é que o farmacêutico tem uma palavra final na maior parte das decisões.

Estes farmacêuticos aconselham futuros profissionais com perspetivas de trabalhar na área de *Home Health Care Pharmacy* a considerarem, principalmente, a sobrecarga de trabalho no que diz respeito a telefonemas. Um farmacêutico participante aconselha também a ter em conta a necessidade de ser criativo e de ter a capacidade de considerar vários aspetos práticos de uma terapêutica.

2. CUIDADOS FARMACÊUTICOS DOMICILIARES NUMA UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE

2.1. O “CLDS – PI+PA 3G” e a Unidade Móvel de Saúde

O “CLDS - PI+PA 3G”, ou “Contrato Local de Desenvolvimento Social – Promover e Inovar Mais Perto do Amanhã 3ª Geração”, de São João da Pesqueira, é um projeto que teve início no dia 1 de novembro de 2015. A Entidade Coordenadora é o Centro Paroquial e Social de Trevões, trabalhando em parceria com a Câmara Municipal de São João da Pesqueira. Este projeto tem como principal objetivo a implementação de estratégias de combate ao desemprego e suas consequências, à exclusão social e abandono escolar, à pobreza infantil, à solidão e ao isolamento no concelho. Para tal, o seu plano de ação passa por três eixos diferentes: 1. Emprego, Formação e Qualificação; 2. Intervenção Familiar e Parental, preventiva de pobreza infantil; 3. Capacitação da Comunidade e das Instituições. Com estes objetivos no centro do projeto, o “CLDS – PI+PA 3G” conta com uma equipa multidisciplinar constituída por um psicólogo, uma socióloga, uma enfermeira e uma gerontóloga, e por alguns serviços diferentes: Unidade Móvel de Saúde (UMS), Gabinete de Apoio Psicológico, Gabinete de Apoio às Famílias e Ofertas de Emprego. (PI+PA 3G | CLDS PI PA, [s.d.]

A UMS insere-se no terceiro eixo de intervenção: Capacitação da Comunidade e das Instituições. Esta caracteriza-se por ser um serviço gratuito que atua a nível multidisciplinar visando melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde da população do concelho, dado o seu inegável envelhecimento, o isolamento e a modificação dos hábitos e estilos de vida. A intervenção é feita por uma equipa técnica composta por dois elementos fixos, uma enfermeira e uma gerontóloga, que percorrem duas a três vezes por mês todas as freguesias e lugares do município. A UMS está adaptada para a prestação de cuidados de saúde e apoio social à população de natureza preventiva, de promoção à saúde, tratamento e acompanhamento clínico. (Unidade Móvel de Saúde | CLDS PI PA, [s.d.]

A viatura dispõe de um gabinete de enfermagem, de uma sala de tratamentos e de uma casa de banho, sendo que a sala de tratamentos contém equipamento de suporte básico de vida, um monitor de sinais vitais portátil e material de penso e primeiros socorros. No gabinete de enfermagem encontra-se todo o material para se realizarem as medições de parâmetros físicos e bioquímicos. Relativamente às visitas às freguesias, estas seguem um calendário quinzenal que está apresentado na figura 2.

1ª Semana					
	Segunda-feira:	Terça-feira:	Quarta-feira:	Quinta-feira:	Sexta-feira:
Manhã	Bateiras (Cruamento das Bateiras) 09:15h	Ervedosa do Douro (Largo de São João) 8:45h	Soutelo do Douro (Praça 25 de Abril) 08:45h	Nagoselo do Douro (Largo da J. Freguesia) 08:45h	Vale de Figueira (Largo da Eira) 09:15h
	Casais do Douro (Entrada Nacional, em frente à Igreja) 10:00h				Ólas (Largo da Lameira) 10:30h
	Sarzedinho (Largo meio do Prato) 11:30				
Tarde	Espinho (Largo Principal) 14:00h		Senhora da Estrada (Largo da Capela) 14:00h	Vilarouco (Largo do Adão) 14:00h	Pereiros (Largo da Fonte da Aldeia) 14:00h
			Vidigal (Largo da Praça) 15:30h		
2ª Semana					
	Segunda-feira:	Terça-feira:	Quarta-feira:	Quinta-feira:	Sexta-feira:
Manhã	Valongo dos Azeites (em frente à J. Freguesia) 09:00h	Paredes da Beira (Largo da Praça) 9:15h	Castanheiro do Sul (Em frente à J. Freguesia) 09:15h	Riodades (Largo do Mercado) 09:30h	Vale de Vila (Largo do Gricho) 09:00h
Tarde	Trevões (Largo da Praça) 14:00h	Várzea de Trevões (em frente à antiga J. Freguesia) 13:30h	Espinhosa (Edifício dos Serviços Administrativos) 14:00h	Vale de Penela (Largo Principal) 13:30h	S. J. Pesqueira (em frente aos B.V.) 14:00h

Figura 2 - Calendário da UMS. Fonte: página oficial da internet <http://www.clds-pipa.com/novolindex.php/unidade-movel-de-saude/>, visitada a 10-08-2016.

Com cerca de 266,2 km², o concelho é constituído por 11 freguesias, após a reestruturação de 2013: Castanheiro do Sul, Ervedosa do Douro, Nagoselo do Douro, Paredes da Beira, Riodades, Soutelo do Douro, União de Freguesias de S. João da Pesqueira e Várzea de Trevões, União de Freguesias de Trevões e Espinhosa, União de Freguesias de Vilarouco e Pereiros, Vale de Figueira e Valongo dos Azeites. Para tornar mais fácil a compreensão em termos geográficos, recomenda-se a consulta do mapa do concelho de São João da Pesqueira (Figura 3).



Figura 3 - Mapa de freguesias do concelho de São João da Pesqueira. Fonte: página da internet <http://www.visitarportugal.pt/distritos/d-viseu/c-sao-joao-pesqueira> visitada a 10-08-2016.

As viagens começam na sede dos bombeiros de São João da Pesqueira, local de estacionamento da viatura afeta ao projeto. A distância máxima verifica-se entre a sede do município e a freguesia de Riodades, num total de, aproximadamente, 30 km. Por dia, a equipa percorre em média 35,3 km. A tabela seguinte ilustra as distâncias percorridas em cada dia.

	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira	Média
Semana 1	36,8 km	16,2 km	33,4 km	34,8 km	42,1 km	<u>32,66 km</u>
Semana 2	36,4 km	42,1 km	38,4 km	55 km	17,8 km	<u>37,94 km</u>

Tabela 1 - Distâncias percorridas nas visitas da UMS.

2.2. Contexto e Metodologia

Considerando os objetivos da criação do serviço da UMS no âmbito do projeto “CLDS PI+PA 3G”, não são de descurar os benefícios da introdução de Serviços Farmacêuticos na mesma. Com este trabalho pretende-se mostrar que o Farmacêutico pode estar integrado numa equipa multidisciplinar e prestar serviços de saúde à população, mais propriamente numa região onde existe um isolamento crescente e uma maior dificuldade no acesso a diferentes serviços de saúde, seja pela localização mais distante em relação a grandes cidades onde se encontram os hospitais e outros serviços, mas também pelas dificuldades monetárias para tal acesso acontecer sempre que é necessário. Assim, esta integração na equipa da UMS permitiu a análise do serviço e da população abrangida, avaliando, assim, a necessidade e os benefícios da instituição de CFD's, tanto no concelho como a nível nacional.

O estudo decorreu entre maio e agosto de 2016. Em cada viagem, as técnicas da UMS fizeram uma breve apresentação sobre os objetivos da investigação. Quem quisesse colaborar responderia a um pequeno questionário. Infelizmente, não foi possível ir à casa dos participantes dado que eram estes que se dirigiam ao local onde se encontrava a viatura. Uma das limitações foi o tempo da entrevista. A maior parte das pessoas não queria perder muito tempo e, por isso, teve que se adaptar o questionário e reduzir o número de questões abordadas. Outro obstáculo à participação de um número maior de pessoas foi a existência da Declaração de Consentimento Informado (DCI), pois a população tende a resistir um pouco a este tipo de burocracias. Em cada entrevista esclareceram-se algumas

dúvidas e tentou-se perceber o conhecimento dos participantes relativamente à medicação. Todo o material utilizado, incluindo a DCI, encontra-se em anexo a este trabalho.

A análise incidiu sobre os aspetos sociodemográficos, a adesão à terapêutica, a identificação dos medicamentos atuais, as estratégias de memória para a toma diária da medicação e a frequência e causa de esquecimentos. Para avaliar a adesão à terapêutica foi utilizado o Teste de *Morisky-Green*. Foi também recolhida informação relativa à presença de co-morbilidades e à avaliação do estilo de vida, bem como parâmetros físicos e bioquímicos, como a Massa Corporal (MC), Altura, IMC, Perímetro Abdominal (PA), Glicémia ocasional, Colesterol Total, Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Diastólica (PAD), Frequência Cardíaca (FC) e Saturação de Oxigénio, medidos pela enfermeira durante a visita. Para completar alguma informação teve-se acesso à ficha clínica criada pela equipa da UMS para cada utente, nomeadamente a nível dos antecedentes clínicos e problemas de saúde, da avaliação dos parâmetros físicos e bioquímicos e da medicação atual.

2.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

A caracterização global da população foi efetuada com todos os voluntários que se mostraram recetivos a participar no estudo. Apenas se aplicou o critério de inclusão de consumirem pelo menos cinco medicamentos para avaliar a adesão à terapêutica e o grau de conhecimento da medicação. Quando havia informação incompleta o participante era excluído, nomeadamente nos casos em que as questões da entrevista não fossem todas respondidas ou nos casos em que houvesse algumas dúvidas quanto à medicação atual do participante.

2.4. Recolha e Análise dos Dados

No decorrer do estudo não foi possível visitar todas as freguesias e lugares do concelho que são abrangidos pela UMS, no entanto, foi possível visitar Pereiros, Ôlas, Paredes da Beira, Valongo dos Azeites, Espinho, Ervedosa do Douro e Soutelo do Douro, contando-se com um total de 50 participantes.

Seguem abaixo as tabelas com os resultados da análise.

Dados sociodemográficos

IDADE	GÉNERO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	SITUAÇÃO LABORAL
Média: 72,90	24% Masculino (12)	52% Casados (26);	32% Sem escolaridade (16);	12% Ativos (6)
DP: 9,19	76% Feminino (38)	38% Viúvos (19);	16% 1º Ciclo incompleto (8);	88% Reformados (44)
		6% Divorciados (3);	46% 1º Ciclo (23);	
		4% Solteiros (2).	4% 2º Ciclo (2);	
			2% Ensino Secundário (1).	

“VIVE SOZINHO?”	“TEM MÉDICO DE FAMÍLIA?”	“TRATA DA MEDICAÇÃO SOZINHO?”	“TEM RENDIMENTOS SUFICIENTES PARA ADQUIRIR TODOS OS MEDICAMENTOS?”	“PASSA O DIA EM ALGUMA INSTITUIÇÃO?”
44% Sim (22)	84% Sim (42)	94% Sim (47)	86% Sim (43)	0% Sim
56% Não (28)	16% Não (8)	6% Não (3)	14% Não (7)	100% Não

Tabela 2 - Dados Sociodemográficos (n = 50).

Estilo de vida e presença de fatores de risco

% IMC >24,9 KG/CM ² [1]	GLICÉMIA OCASIONAL > 200MG/DL [2]	% PAS > 140-159 OU PAD > 90-99 (HIPERTENSÃO ESTÁDIO I) [3]	PA > 102CM (HOMENS) OU > 88CM (MULHERES) [4]	% COLESTEROL TOTAL > 190MG/DL [5]
77,78% (35 em 45), sendo que 40% (18) têm IMC>30	2 dos 23 participantes com Glicemia Avaliada	13 dos 49 participantes com PAS/PAD avaliada (26,53%)	10 dos 14 participantes com PA avaliado	7 dos 33 participantes com colesterol total avaliado

Tabela 3 - Dados relativos à existência de fatores de risco (n = 50).

[1] (Direção Geral de Saúde, 2007); [2] (Direção Geral da Saúde, 2013a); [3] (Direção Geral da Saúde, 2013b); [4] (Direção Geral da Saúde, [s.d.]); [5] (Fundação Portuguesa Cardiologia, [s.d.])

% FUMADORES	% CONSUME ÁLCOOL	% PRÁTICA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA	PRINCIPAIS TIPOS DE ATIVIDADE FÍSICA
0%	24% (12)	42% (21)	Caminhadas e agricultura

Tabela 4 - Dados relativos à análise do estilo de vida (n = 50).

Consumo de medicamentos e outros produtos

NÚMERO DE MEDICAMENTOS ATUAIS DE USO CRÔNICO	Nº PATOLOGIAS CRÔNICAS	PRINCIPAIS PATOLOGIAS
Média: 5,58	Média: 2,86	HTA (80%); Dislipidemia (64%);
DP: 2,26	DP: 1,23	DCV (34%); DM tipo 2 (30%);
		Doença Reumática (16%);
		Perturbações na Glandula Tiróide (14%).

Tabela 5 - Dados referentes ao consumo de medicamentos e a co-morbilidades (n = 50).

CONSUME SUPLEMENTOS ALIMENTARES, “CHÁS” OU PLANTAS/PRODUTOS MEDICINAIS	EXEMPLOS DE PRODUTOS CONSUMIDOS
48% Sim (24)	Infusões de folhas de plantas (Folho, Oliveira, Limonete,...), Infusões comerciais (cidreira, tília, camomila, hipericão,...) Centrum®, Farinha e sementes de linhaça, Calcitrin®, dente de alho esmagado, Ginkgo Biloba...
52% Não (26)	

Tabela 6 - Dados relativos ao consumo de outros produtos (n = 50).

Dados relativos à adesão à terapêutica

UTILIZA ALGUMA ESTRATÉGIA DE MEMÓRIA	QUAIS AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS?	NOÇÃO DE UTILIDADE
71,875% Sim (23)	Caixa dos Medicamentos (5); Localização (4); Visibilidade (4);	Dos 23 participantes que recorrem a alguma estratégia, 21 consideram-na “muito útil” e 2 “útil”.
28,125% Não (9)	Caixa dos Medicamentos + Localização (4); Localização + Visibilidade (3).	Nenhum a considerou como “pouco útil”.

Tabela 7 - Dados relativos à análise da adesão à terapêutica (n = 32).

FREQUÊNCIA DE ESQUECIMENTOS	CAUSA DO ESQUECIMENTO	PONTUAÇÃO DO TESTE DE IDENTIFICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	AValiação DA ADESÃO ATRAVÉS DO TESTE DE MORISKY-GREEN
3,125% 1 vez/dia (1); 9,375% 1 vez/semana (3); 9,375% 1 vez/mês (3); 9,375% 1 vez/6 meses (3); 68,75% Nunca (22).	Falta de memória (7); Alterações na rotina (2); Não sente necessidade (1).	Média: 0,11 (escala: 0 a 1) DP: 0,18	56,25% Muito Aderentes (18) 18,75% Médio Aderentes (6) 25% Fracos Aderentes (8)

Tabela 8 - Dados relativos à análise da adesão à terapêutica (n = 32).

3. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Durante o estudo foram contactadas 60 pessoas, sendo que apenas 10 não quiseram participar, havendo, assim, 50 participantes voluntários. Para a caracterização da população em termos sociodemográficos, na avaliação da existência de fatores de risco e do estilo de vida e na determinação do número de medicamentos e de patologias crônicas contou-se com o número total de participantes. No que diz respeito à análise da adesão à terapêutica, os participantes incluídos foram aqueles que consumiam pelo menos cinco medicamentos, de modo a serem considerados indivíduos polimedicados. Não foram excluídos os participantes com menos de 65 anos porque este tipo de serviço não é exclusivo a pessoas idosas, embora estas possam beneficiar mais dele. Assim, para esta análise da adesão à terapêutica contou-se com 32 participantes polimedicados, dos quais 26 tinham pelo menos 65 anos (81,25%).

Como já foi referido anteriormente, os CFD's são especialmente dirigidos para doentes a quem seja diagnosticado uma nova doença, que tenham novos fármacos e/ou dispositivos médicos na sua terapêutica, em casos de necessidade de reconciliação da medicação, organização da medicação, casos de polimedicação, falta de literacia em saúde e casos de transições hospitalares (Monte *et al.*, 2016). Por outro lado, sabemos que as pessoas idosas têm mais probabilidade de sofrer de PRM, por terem geralmente mais problemas de saúde e uma farmacocinética e farmacodinâmica distinta de outras faixas etárias, e por tomarem maior número de medicamentos. Por consequência, as percentagens de readmissões hospitalares decorrentes destes problemas são mais prevalentes nesta

população, chegando a cerca de 30% em alguns estudos publicados, e, como já foi dito, a grande maioria são casos evitáveis, podendo-se atuar preventivamente com uma gestão da terapêutica mais personalizada.

A não adesão à terapêutica é hoje reconhecida como a principal causa do aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde (Telles-Correia *et al.*, 2008). A OMS agrupa os diferentes fatores de não adesão em cinco grupos: fatores sociais, económicos e culturais; fatores relacionados com os serviços e profissionais de saúde; fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades; fatores relacionados com o tratamento e fatores relacionados com a pessoa doente (Madureira Dias *et al.*, 2011). Para além desta classificação, existem também motivos extrínsecos e intrínsecos que podem comprometer a mesma. Quando falamos de motivos extrínsecos referimo-nos, por exemplo, a esquecimentos da toma da medicação, preguiça em tomar os medicamentos, alterações na rotina diária, falta de recursos económicos, crenças religiosas ou culturais sobre a saúde ou adormecer antes das horas em que se deve tomar a medicação. Relativamente aos motivos intrínsecos, estes estão relacionados com os próprios medicamentos e/ou terapêutica. Por exemplo, existência de efeitos secundários, sentir-se pior após a toma dos medicamentos, a duração do tratamento, regimes terapêuticos complexos, entre outros. (Villaverde Cabral e Alcântara da Silva, [s.d.]

Após a análise dos resultados, constatamos que os motivos extrínsecos mais comuns de falta de adesão foram o esquecimento, a falta de recursos económicos e alterações na rotina diária. Durante as entrevistas apenas um participante referiu que deixou de seguir rigorosamente a prescrição médica devido a não se sentir bem após a toma de um medicamento, um motivo intrínseco. Esta situação foi relativa a uma participante com DM tipo 2, a qual passou a tomar apenas um dos dois comprimidos de Sitagliptina 150 mg + Metformina 1000 mg prescritos por se sentir indisposta.

A população abrangida neste estudo tem uma média de idades de 72,90 anos, constituída principalmente por indivíduos do sexo feminino (76%), havendo uma considerável prevalência de indivíduos reformados (88%) e sem escolaridade (32%). É importante também referir que uma grande percentagem de participantes vive sozinha (44%). Estes dados mostram que a maior parte da população vive numa situação vulnerável, com maior dificuldade para reagir numa situação de emergência ou em que necessite de auxílio, e não tem instrução que lhe permita compreender facilmente a informação médica

relativa ao seu estado de saúde. Por outro lado, são dados importantes para perceber o tipo de relação que o doente tem com o médico, com a sua saúde e com a sua terapêutica medicamentosa. Relativamente ao consumo de medicamentos e à presença de comorbilidades, em média, cada participante consome 5,58 medicamentos e sofre de, aproximadamente, 3 patologias crónicas (2,86), principalmente de HTA, Dislipidémia e DCV (com uma prevalência de 80%, 64% e 34%, respetivamente).

Dentro dos indivíduos polimedicados abordados, 48% diz recorrer a uma estratégia de memória, destacando-se a “Caixa dos Medicamentos” e a “Localização”, sendo que a grande parte destes participantes consideram como “Muito Útil” a estratégia utilizada. A maioria (68,75%) afirma que “Nunca” se esquece de tomar a medicação e que segue a posologia recomendada pelo médico. Os que falham na toma da medicação referem como principal causa o esquecimento. Relativamente ao teste de avaliação da adesão de *Morisky-Green*, verificou-se que 56,25% dos indivíduos é “Muito Aderente”, 16,25% é “Médio Aderente” e 25% é “Fracamente Aderente”. No entanto, no teste de identificação dos medicamentos obtivemos uma pontuação média, entre 0 e 1, de 0,11 valores.

Os resultados descritos acima mostram que apesar de haver adesão à terapêutica por grande parte dos participantes a maioria fá-lo por confiar na figura deste profissional e por saber que tem de controlar os seus problemas de saúde, não sendo uma população conhecedora dos seus medicamentos atuais, sabendo, muitas vezes, apenas indicar a sua posologia diária. Em alguns casos, o participante não sabia fazer corresponder as embalagens dos medicamentos à sua indicação terapêutica.

Estes factos podem ser justificados pela presença prevalente de patologias crónicas e de tratamentos de longa duração e, por outro lado, por ser uma população idosa, maioritariamente reformada e sem literacia mínima em saúde para compreender e se questionar sobre a sua terapêutica. Assim, a toma da medicação crónica torna-se uma rotina diária e a possibilidade de haver falta de adesão é menor. Embora 68,75% dos participantes polimedicados refiram que nunca se esquecem de tomar a medicação, o número de medicamentos por participante e o tipo de estratégia utilizada mostram que é necessária uma educação da população no sentido de aumentar o recurso a estratégias, como, por exemplo, a caixa organizadora da medicação, e o conhecimento relativamente à sua medicação e à sua saúde.

Um outro ponto relevante é que 84% dos participantes referiram ter médico de família. No entanto, alguns indicaram, durante a entrevista, que alguns medicamentos tinham

sido prescritos em âmbito hospitalar ou em consultas de especialidade. Muitas das vezes, quando isto acontece, o médico de família não tem conhecimento destas situações, o que pode levar a casos de duplicação da terapêutica ou a uma prescrição de medicamentos desnecessários. Também neste ponto a atuação do farmacêutico como gestor da terapêutica pode ser útil.

Apesar de considerar que 50 é um número reduzido de participantes e que essa foi a principal limitação do estudo, podemos facilmente extrapolar os resultados desta amostra para a população a nível nacional.

No ano de 2015, Portugal contava com uma população residente de 10 milhões 341 mil habitantes, em que mais de 171 mil tinham pelo menos 85 anos. Segundo a Base de Dados de Portugal Contemporâneo, a idade média da população portuguesa era de 43,5 anos, com um Índice de Envelhecimento de 143,9%, e cerca de 2 milhões e 123 mil habitantes com mais de 65 anos, um valor que corresponde a 20,53% da população total. É também importante referir o valor do saldo fisiológico de -23,011, que significa que a mortalidade é superior à natalidade. (DGS, 2016)

Segundo a DGS, a prevalência de HTA em Portugal permanece alta, afetando cerca de 42% da população, sendo este o mais importante fator de risco modificável para as doenças do aparelho circulatório que são a primeira causa de morte em Portugal. A Dislipidémia constitui outro fator de risco em relação a múltiplas doenças crónicas, nomeadamente para o enfarte agudo do miocárdio e para os acidentes vasculares cerebrais, e, em Portugal, de acordo com os resultados do estudo VALSIM, a prevalência deste problema de saúde é de 47%. No que diz respeito à Diabetes, estudos recentes indicam que cerca de 40% da população, entre os 20 e os 79 anos de idade, tem DM tipo 2 ou alterações de hiperglicemia intermédia (pré-diabetes), em que o seu impacto no SNS se demonstra pelos 25% do total de internamentos hospitalares e 8% do total de consultas nos Cuidados de Saúde Primários serem de pessoas diabéticas (Direção Geral da Saúde, 2015).

Com base num estudo de Monitorização do Mercado feito pelo Infarmed, os quatro subgrupos farmacoterapêuticos que tiveram uma maior evolução e que são mais vendidos em Portugal são, de facto, o dos Anti-hipertensores, o das Insulinas, Antidiabéticos Orais e Glucagon, o dos Psicofármacos e o dos Antidislipidémicos, o que vem confirmar a prevalência das patologias em causa. (INFARMED, 2014)

Deste modo, é possível constatar que a amostra da população do estudo realizado vai de encontro ao que se passa em todo o país no que diz respeito às características sociodemográficas e à prevalência de doenças. Isto permite concluir que a inserção do Farmacêutico numa equipa de cuidados de saúde, mais propriamente a nível domiciliar, pode ser facilmente transponível para uma escala nacional visto que as principais características avaliadas são comuns e extrapoláveis.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe uma tendência para que o número de pessoas limitadas ao seu lar aumente cada vez mais, com uma evidência da morbimortalidade associada ao uso de medicamentos inegável e de elevada prevalência (Iglésias-Ferreira e Mateus-Santos, 2011). Para contrariar esta realidade e para otimizar os recursos de saúde, o Farmacêutico pode trabalhar e estar integrado numa equipa multidisciplinar, havendo cooperação e um trabalho conjunto no que diz respeito à garantia de condições de prestação de cuidados de saúde de qualidade em benefício do doente, com uma aproximação entre os profissionais de Saúde, os Cuidados de Saúde Primários e Secundários e os próprios doentes.

Os CFD's são uma possível estratégia e já existe um número considerável de estudos realizados a nível internacional que mostram os benefícios da sua implementação na saúde dos cidadãos e alguns projetos implementados. Os benefícios vão para além do doente, chegando a um patamar de poupança de custos e de recursos para o Estado, bem como de vantagens para os médicos.

A implementação deste tipo de programas a nível local e municipal facilita a gestão e controlo da saúde na medida em que reduz o número de doentes por profissional e otimiza os resultados da terapêutica. Para além disso, os CFD's podem ser uma mais valia tanto em doentes que tiveram uma transição hospital-casa recente e que não compreendem quais os medicamentos que devem continuar a tomar, como em doentes idosos que vivam sozinhos ou outros de qualquer faixa etária que simplesmente não consigam controlar as suas doenças crónicas e respetiva medicação. A visita ao doente na sua própria casa pode permitir uma recolha de dados mais extensa do que a que se consegue a nível hospitalar ou na farmácia comunitária, sendo possível ver todos os medicamentos existentes em casa, onde estão guardados, com que frequência são renovados, que tipo de alimentação faz o doente, quais as suas rotinas, dificuldades, etc.

Em suma, o Farmacêutico deve estar integrado nos cuidados de saúde prestados à população e ser visto como uma “ferramenta” imprescindível no que diz respeito à saúde da mesma e à gestão das suas terapêuticas farmacológicas, usando as suas qualificações de modo a evitar erros desnecessários e promover uma otimização da terapêutica instituída e um estado de saúde geral satisfatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

About our organization - ONTARIO PHARMACISTS ASSOCIATION - [Consultado a 10 de agosto de 2016]. Disponível na internet: <https://www.opatoday.com/about>.

AHN, J. *et al.* - Understanding, benefits and difficulties of home medicines review - patients' perspectives. *Australian family physician*. . ISSN 03008495. 44:4 (2015) p. 249–253.

AL-RASHED, S. A. *et al.* - The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge. *British Journal of Clinical Pharmacology*. . ISSN 03065251. 54:6 (2002) p. 657–664.

AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION (APHA) - APhA Career Pathway Evaluation Program for Pharmacy Professionals - Home Health Care. American Pharmacists Association. (2007).

BLANK, C. - Readmissions fall after pharmacist home visits, atualizado em 2015. Disponível na internet: <http://drugtopics.modernmedicine.com/drug-topics/news/readmissions-fall-after-pharmacist-home-visits?page=0,1>.

BRANDÃO, A. - O poder e as vantagens do atendimento domiciliar. *Pharmacia Brasileira*. (2014). [Consultado a 10 de agosto de 2016]. Disponível na internet: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/80/03-atendimentodomiciliar.pdf>

DGS - Principais Indicadores da Saúde para Portugal 2011-2015. (2016).

DHILLON, A. K. *et al.* - General practitioners' perceptions on home medicines reviews: a qualitative analysis. *BMC family practice*. ISSN 1471-2296 (Electronic). 16 (2015).

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Plataforma Contra a Obesidade [Consultado a 29 de agosto de 2016]. Disponível na internet: <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/calculadores.aspx?menuid=161&exmenuid=-1&calc=2>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Norma N° 033/2011 - Direção Geral Da Saúde. 1:1 (2013a) p. 8.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Hipertensão Arterial: definição e classificação. (2013b) p. 6.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. ISSN: 2183-

5888. (2015) p. 27.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Princípios – chave de prevenção e controle da obesidade. (2007) p. 2.

Doctor-Pharmacy Partnership Reduces Hospitalization For Heart Failure - atualizado em 2009. [Consultado a 10 de agosto de 2016]. Disponível na internet: <http://www.pcicare.com/Company/NewsEvents/tabid/99/ArticleID/5/Doctor-Pharmacy-Partnership-Reduces-Hospitalization-For-Heart-Failure.aspx>.

FLANAGAN, P. *et al.* - Pharmacists making house calls: Innovative role or overkill? *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*. . ISSN 00084123. 63:6 (2010) p. 412–419.

FUNDAÇÃO PORTUGUESA CARDIOLOGIA - Dislipidemia - Fundação Portuguesa Cardiologia [Consultado a 29 de agosto de 2016]. Disponível na internet: <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia/>.

HAMANO, J.; OZONE, S.; TOKUDA, Y. - A comparison of estimated drug costs of potentially inappropriate medications between older patients receiving nurse home visit services and patients receiving pharmacist home visit services: a cross-sectional and propensity score analysis. *BMC health services research*. . ISSN 1472-6963. 15 (2015) p. 73.

Home - Home Care Rx - [Consultado a 10 de agosto de 2016]. Disponível na internet: <http://www.homecarerx.ca/>.

HOWARD, R. L. *et al.* - Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. . ISSN 03065251. 63:2 (2007) p. 136–147.

IGLÉSIAS-FERREIRA, P.; MATEUS-SANTOS, H. - Cuidados Farmacêuticos Domiciliários: Uma Necessidade , Um Serviço Clínico , Uma Oportunidade. *Boletim do CIM*. (2011).

INE, I. - Censos 2011: Resultados Definitivos - Portugal. ISBN 9789892501482. p. 20-21.

INFARMED - Estatística do Medicamento e Produtos de saúde - 2014. . ISSN 1098-6596. (2014) p. 42.

Introduction | Payer Organizations | PCI - [Consultado a 10 de agosto de 2016]. Disponível na internet: <http://www.pcicare.com/Services/PayerOrganizations.aspx>.

KOGUT, S. J. *et al.* - Improving medication management after a hospitalization with pharmacist home visits and electronic personal health records: An observational study. *Drug*,

Healthcare and Patient Safety. . ISSN 11791365. 6:0 (2014) p. 1–6.

MADUREIRA DIAS, A. *et al.* - Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura (2011) p. 201–219.

MONTE, S. V. *et al.* - Pharmacist home visits: A 1-year experience from a community pharmacy. *Journal of the American Pharmacists Association.* . ISSN 15443450. 56:1 (2016) p. 67–72.

OF - Relatório de Actividades e Contas 2014. . ISSN 1098-6596 (2014) p. 13–14.

OF - Relatório de Actividades e Contas 2015. (2015) p. 44–45.

Pharmaceutical Care Integration - [Consultado a 10 de agosto de 2016]. Disponível na internet: <http://www.pcicare.com/>.

PI+PA 3G - CLDS PI PA - [Consultado a 20 de abril de 2016]. Disponível na internet: <http://www.clds-pipa.com/novo/index.php/pa-pi-3g/>.

TELLES-CORREIA, D. *et al.* - Validation of multidimensional adherence questionnaire for liver transplantated patients (MAQ). *Acta Médica Portuguesa.* . ISSN 1646-0758. 21:1 (2008) p. 32.

THE MEDSCHECK PROGRAM - Ontario Pharmacists Association - [Consultado a 10 de agosto de 2016]. Disponível na internet: <https://www.opatoday.com/how-your-pharmacist-helps/medscheck>.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS INTEGRADOS - Problemas relacionados com Medicamentos (PRM) no Idoso. (2008) p. 4–6.

Unidade Móvel de Saúde | CLDS PI PA - [Consultado a 20 de abril de 2016]. Disponível na internet: <http://www.clds-pipa.com/novo/index.php/unidade-movel-de-saude/>.

VILLAVERDE CABRAL, M.; ALCÂNTARA DA SILVA, P. - A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante as Prescrições Médicas. [s.d.] p. 12–14.

ANEXOS

Anexo I - Questionário aplicado à população em estudo

I. Dados Sociodemográficos

Nome: _____
Idade: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Endereço _____ Código Postal _____ - _____ _____ Telefone _____ Telemóvel _____
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Não Estudou <input type="checkbox"/> 1º Ciclo <input type="checkbox"/> 2º Ciclo <input type="checkbox"/> 3º Ciclo <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós Graduado
Situação laboral: <input type="checkbox"/> Ativo _____ <input type="checkbox"/> Reformado _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado
Com quem reside? <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Outros
Onde passa o dia durante a semana? <input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na instituição _____
Quantas vezes por ano vai ao médico? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> +7 <input type="checkbox"/> Outra _____
Os seus rendimentos permitem-lhe adquirir todos os seus medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque _____
Como adquire os seus medicamentos? <input type="checkbox"/> Vai à farmácia <input type="checkbox"/> Telefona e entregam ao domicílio <input type="checkbox"/> Pede a alguém <input type="checkbox"/> Outra situação _____
Trata da sua medicação sozinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, quem trata da sua medicação? _____

2. Medida da adesão à terapêutica (Morisky 8)

1) Às vezes esquece-se de tomar os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que não tomou os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3) Já alguma vez parou de tomar a sua medicação ou diminuiu a dose, sem avisar o seu médico, porque se sentia pior quando os tomava?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4) Quando viaja ou não está em casa, às vezes esquece-se de levar consigo os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5) Ontem tomou os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6) Quando sente que as suas doenças estão controladas, por vezes deixa de tomar os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7) Alguma vez se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu esquema de tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8) Com que frequência tem dificuldade em lembrar-se de tomar todos os seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Nunca	
	<input type="checkbox"/> Quase nunca	
	<input type="checkbox"/> Às vezes	
	<input type="checkbox"/> Frequentemente	
	<input type="checkbox"/> Sempre	

3. Identificação dos medicamentos atuais

a) Sabe dizer o nome de todos os medicamentos que toma?

Lista de medicamentos de acordo como é dito pelo idoso. Ex: comprimido branco pequenino para o sangue; Vastarel®... (resposta descritiva)

Medicamentos identificados pelo idoso	Medicamentos reais

*

**

*1 ponto por cada medicamento que sabe o nome ou marca

**Número total de medicamentos que toma

b) Toma algum suplemento alimentar / chá / planta medicinal?

- Não
- Sim. **Qual ou quais?** (indicar, se possível, nome comercial e posologia)

4. Estratégias de memória

a) Faz alguma coisa que o ajude a lembrar-se de tomar a sua medicação?

- Sim (continua)
 Não (a questão termina aqui)

b) O que faz que o ajude a lembrar-se de tomar a sua medicação?

<u>Estratégia de Memória</u>	Frequência		
	Nunca (1)	Às vezes (2)	Sempre (3)
Caixa dos medicamentos (caixa diária/semanal de organização dos medicamentos em função da sua posologia, já fora das caixas originais)			
Associação (atividade/evento em simultâneo ou subsequente à toma do medicamento)			
Lembrete (algo físico que lembre a toma da medicação: papel, alarme, luz...)			
Localização (local fixo para guardar a medicação)			
Planeamento mental (lembrete mental ao longo do dia para não se esquecer de tomar a medicação)			
Necessidade física (só toma a medicação quando sente falta dela, por desconforto ou mesmo dor física)			
Visibilidade (localização dos medicamentos muito visível de modo que, ao passar por lá, tem necessariamente de os ver e lembra-se de os tomar)			

c) Considera que o que faz para se lembrar de tomar a sua medicação lhe é útil?

<u>Estratégia de memória</u>	Utilidade da estratégia		
	Pouco útil	Útil	Muito útil
Caixa dos medicamentos			
Associação			
Lembrete			
Localização			
Planeamento mental			
Necessidade física			
Visibilidade			

5. Comportamento em relação aos medicamentos

Em média, com que frequência se costuma esquecer de tomar a sua medicação?					
Frequência do esquecimento					
Nunca	1 vez / 6 meses	1 vez / 3 meses	1 vez / mês	1 vez / semana	1 vez / dia

Porque se esquece de tomar a sua medicação?

Alterações na rotina
 Estar fora de casa por mais do que 1 dia
 Eventos inesperados
 Adiar a toma mesmo quando se lembrou no momento certo
 Stress / vida preenchida
 Outros _____

6. Presença de Co-morbilidades e avaliação do estilo de vida

Doenças/Problemas de Saúde:		
Queixas sobre o Estado de Saúde:		
Avaliação do Estilo de Vida:		
	Sim	Não
Fuma?		
Bebe álcool?		
Pratica algum tipo de Atividade Física?		

7. Determinação de Parâmetros físicos e bioquímicos

Parâmetro Físico	Valor medido	Valores de Referência
Massa Corporal		
Altura		
IMC		
Perímetro Abdominal		
Parâmetro Bioquímico	Valor medido	Valores de Referência
Glicemia ocasional capilar		
Colesterol total		
Pressão Arterial (PAS e PAD)		
Frequência Cardíaca		
Saturação		

Anexo II – Declaração de Consentimento Informado



• U • C •

FFUC FACULDADE DE FARMÁCIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: *Cuidados Farmacêuticos Domiciliares no âmbito da Unidade Móvel de Saúde do projeto CLDS PI+PA 3G no concelho de São João da Pesqueira*

PROMOTOR: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC)

INVESTIGADOR COORDENADOR: Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo

CENTRO DE ESTUDO: Grupo de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos / FFUC

MORADA: Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra

CONTACTO TELEFÓNICO: 239 488400

NOME DO DOENTE: _____

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque reside no concelho de São João da Pesqueira e participa ativamente no serviço da Unidade Móvel de Saúde do projeto “CLDS – PI+PA 3G” (Contrato Local de Desenvolvimento Social – Promover e Inovar Mais Perto do Amanhã 3ª Geração) Este procedimento é chamado Consentimento Informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para ajudar a perceber até que ponto a população conhece os seus medicamentos e consegue gerir a sua medicação, bem como avaliar a sua adesão à terapêutica.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.



1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo consistirá na realização de uma entrevista a cada pessoa que aceitar participar no mesmo e tem como principal objetivo avaliar a introdução de Cuidados Farmacêuticos Domiciliares numa população, particularmente, polimedicada, sendo que entre os indivíduos que mais podem ser beneficiados se encontram os idosos. Mais concretamente, o estudo consiste na caracterização da população abrangida pelo projeto da Unidade Móvel de Saúde e na avaliação da adesão à terapêutica e da capacidade de gestão da medicação.

2. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Este estudo consiste numa entrevista que o aluno-investigador fará a cada participante no âmbito da Unidade Móvel de Saúde. Está previsto que demore cerca de 15 (quinze) minutos. A cada pessoa que aceite participar no estudo será pedido que responda a um questionário previamente elaborado, o qual incide em questões simples que permitem avaliar o conhecimento de cada um relativamente aos seus medicamentos e como gerem a sua medicação.

Procedimento nº1: assinatura do consentimento informado.

Procedimento nº2: preenchimento do questionário oralmente e por intermediário do Investigador.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Este estudo não implica quaisquer riscos para o doente.

O único inconveniente será o dispêndio de tempo para realização da entrevista.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS PARA O DOENTE

O doente ficará a saber o seu grau de conhecimento da sua medicação, até que ponto tem capacidade para gerir a gerir sozinho e poderá esclarecer qualquer dúvida que tenha. As situações que necessitem de intervenção social e/ou especializada serão sinalizadas.

5. PARTICIPAÇÃO / ABANDONO VOLUNTÁRIO

O voluntário é inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o

Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

6. CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

7. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, por outro lado, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

8. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo ou outra questão acerca do mesmo, deve contactar:

Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra
Azinhaga de Santa Comba – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 488 400
E-mail: isabel@ff.uc.pt

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao Investigador responsável do estudo. O Investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e farmacoterapêutica no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo, colaborando com o Investigador.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado, podendo eu exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados de saúde.

Nome do Participante _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Anexo III – Panfleto Informativo do programa “HomeCareRx”

(fonte: sitio oficial da internet do programa: <http://www.homecarerx.ca/health-care-professionals/home-visiting-pharmacist/>)

HOME VISITING PHARMACISTS

SOLVING MEDICATION ISSUES AFTER HOSPITAL DISCHARGE

MEDICATIONS ARE CAUSING PROBLEMS

UP TO 96%
Patients that are discharged home with existing or unresolved medication problems (Ahmad A 2014, Braund R 2014, Pherson EC 2014, Flanagan 2010)

20%
The odds of experiencing an adverse event due to polypharmacy (Safety at home 2013)

68%
Medication incidents that happened at home after discharge from hospital (ISMP Canada 2014)

6.5%
Hospitalizations attributed to medication non-adherence (PMAC 1995)

14% - 95%
Patients taking different medication regimens once home from hospital (Mulhem 2013, Kilcup 2013, Coleman 2005)

\$13.6 MILLION
The cost of emergency department visits and subsequent hospitalizations in Ontario seniors due to adverse drug events (Wu C, Drug Safety 2012)

HOME VISITING PHARMACISTS ARE A SOLUTION

Home visiting pharmacists are great medication detectives. They can find undetected medication problems and put plans in place to resolve them (Reidt S 2014, Pherson E 2014, Burello M 2012)

Home visiting pharmacists keep people safe from adverse drug events. They reduce readmissions, emergency visits and falls, and save the health system money (Flanagan P 2010, Novak CJ 2012, Reidt S 2014, HQO Quality Compass Success story 2014)

Home visiting pharmacists:

- Identify and resolve medication problems and discrepancies after hospital discharge
- Reduce emergency room visits and readmissions due to preventable adverse drug events
- Address non-adherence through simplification, reducing polypharmacy and creating patient-tailored medication care plans

HOME VISITING PHARMACISTS IMPROVE PATIENT OUTCOMES. ARE THEY PART OF YOUR HOME HEALTH TEAM?

Quotes

“Right now we spend a lot of time trying to diagnose what is wrong with the patient, yet often miss the fact that there is a medication-related problem. This means that patients often go home still on a medication which may be causing harm.”
Dr. Corinne Hohl, Associate Professor, Faculty of Emergency Medicine – University of British Columbia

“Patients need medication regimens that are safe, effective and manageable” (HQO Quality Compass - Home and Community Care Medication Management 2014)

“Patients and their family caregivers are often confused about medications when they arrive home from the hospital and are afraid of making mistakes.”
(Hospital to home – Facilitating Medication Safety at Transitions ISMP Canada 2015)

Medication Safety at Home

www.homecarerx.ca

