

Sandra Marcela Contreras Arévalo

**SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO A PACIENTES
COM DISLIPIDEMIA: ANÁLISE DA NECESSIDADE E
ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica, Associação de IES, Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marení Rocha Farias

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Clarice Chemello

Florianópolis

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Arévalo, Sandra Marcela Contreras
Seguimento farmacoterapêutico a pacientes com
dislipidemia: : análise da necessidade e elaboração de
material educativo impresso / Sandra Marcela Contreras
Arévalo ; orientadora, Marení Rocha Farias ;
coorientadora, Clarice Chemello. - Florianópolis, SC, 2014.
116 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Assistência Farmacêutica.

Inclui referências

1. Assistência Farmacêutica. 2. Assistência
farmacêutica. 3. Necessidade. 4. Seguimento
farmacoterapêutico. 5. Material educativo impresso. I.
Rocha Farias, Marení. II. Chemello, Clarice. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Assistência Farmacêutica. IV. Título.

Sandra Marcela Contreras Arévalo

**SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO A PACIENTES
COM DISLIPIDEMIA: ANÁLISE DA NECESSIDADE E
ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica.

Florianópolis, 17 de Dezembro de 2014

Prof. Mauro Silveira de Castro, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a Marení Rocha Farias, Dr.^a
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.^a Clarice Chemello, Dr.^a
Co-orientadora
Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG

Prof.^a Silvana Nair Leite, Dr.^a
Membro 1
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof. Mauro Silveira de Castro, Dr.
Membro 2
Universidade Federal de Rio Grande do Sul-UFRGS

Prof. Luciano Soares, Dr.
Membro 3
Universidade da Região de Joinville - UNIVILLE

Dedico este trabalho a Deus por me permitir realizar este projeto junto ao homem da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me permitir realizar este projeto na melhor das companhias. Agradeço a Camilo por compartilhar esta experiência comigo e cumprir nossos sonhos juntos, Obrigada por me ensinar o significado do amor, por ser meu apoio em todos os momentos, você tem sido e sempre será essencial na minha vida, você é a minha inspiração, você é todo para mim.

Agradeço a minha orientadora Marení Rocha Farias pela oportunidade de cumprir mais um sonho meu, você sempre acreditou em mim, mesmo quando eu achava que nada daria certo. Você foi a artífice da elaboração desta dissertação e foi o exemplo (do que tanto precisava) de uma profissional íntegra apaixonada pela profissão farmacêutica.

Agradeço a minha Co-orientadora Clarice Chemello pela paciência e dedicação. Obrigada Clarice, você sempre foi incondicional comigo e me animou em todo momento. Sem sua ajuda este trabalho nunca se tornaria realidade.

Agradeço a minha família: mãe, pai, tia Ritica, irmã, irmão, Jaqueline e família, e demais familiares, vocês não fazem ideia como foram importantes na realização deste projeto! Amo muito vocês!

Agradeço a Professora Silvana Nair Leite pelos ensinamentos e por confiar em mim para a obtenção da bolsa. Obrigada também por me ajudar na definição do meu projeto, você foi chave no sucesso do meu trabalho.

Agradeço a Rosana, uma mulher encantadora que inspirou em mim muito carinho e que com seu apoio fez da minha permanência no Brasil uma experiência mais bonita.

Agradeço a Aline, Marina, Fabíola e Leila umas amigas que sempre foram muito afetuosas comigo e que sempre me brindaram sua ajuda incondicional. Obrigada pelos conselhos, conversas e amizade!

Agradeço ao Camilo e ao Bernd pela ajuda nas análises estatísticas. Não sei o que seria da minha dissertação sem vocês!

Agradeço aos meus grandes amigos, Janet - Fabricio, Sandra-Yesid, vocês mais que meus amigos foram minha família no Brasil.

Agradeço a FAPEU que me possibilitou concluir meu curso através do apoio financeiro.

Finalmente agradeço também a todas as demais pessoas que moram em Florianópolis com os quais fiz uma bonita amizade no Brasil: Franklin, Philip, Tatiana, Julian, Veronica, Cleber, Yenny, Vladimir, Macarena, Elisa, Alejo, Lise, Marcia, Liliette, Rosi, Jaime, Carlos e demais amigos colombianos.

“Mantenha seus pensamentos positivos, porque seus pensamentos tornam-se suas palavras”.

Mantenha suas palavras positivas, porque suas palavras tornam-se suas atitudes.

Mantenha suas atitudes positivas, porque suas atitudes tornam-se seus hábitos.

Mantenha seus hábitos positivos, porque seus hábitos tornam-se seus valores.

Mantenha seus valores positivos, porque seus valores tornam-se seu destino”.

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Introdução: A Gestão da Clínica busca a melhoria da qualidade das práticas em saúde, através de atendimento individualizado, realizado por equipe multiprofissional e interdisciplinar, com um projeto terapêutico personalizado. Destaca a importância da assistência como dimensão central da gestão, colocando o paciente no foco do cuidado. Enfatiza a necessidade da participação do paciente e de seus familiares nas decisões clínicas, e preconiza mecanismos de estratificação de risco e monitoramento da qualidade assistencial. Neste contexto, esta Dissertação propõe o estudo de aspectos relacionados aos usuários, visando a sua integração em atividades prévias à implementação do serviço de Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) em uma Farmácia. Esta abordagem tem o intuito de melhorar a qualidade dos serviços que serão prestados, aumentar o grau de satisfação dos usuários em relação ao atendimento e otimizar os recursos materiais e humanos que, atualmente são insuficientes para ofertar SFT a 100% dos usuários. Para isto, a partir de um estudo piloto do tipo descritivo desenvolvido entre fevereiro e setembro de 2013 com usuários em tratamento com atorvastatina na Farmácia Escola UFSC/PMF, no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), foram propostos modelos de prioridades para SFT. Os participantes responderam a um questionário, cujo objetivo era estimar a necessidade (triagem de prioridades) e verificar o interesse em receber uma consulta especializada diretamente com um farmacêutico. Adicionalmente foi desenvolvido um material educativo impresso sobre dislipidemia.

Resultados e discussão: Responderam a pesquisa 254 usuários. 107 (42,1%) manifestaram interesse na consulta farmacoterapêutica personalizada. Para a definição da necessidade foram considerados critérios sociodemográficos, farmacoterapêuticos e clínicos. Com base nestes critérios foram estabelecidos três níveis de prioridade para o SFT. Considerando os critérios estabelecidos pelo serviço e o interesse dos usuários, na prioridade 1 seriam atendidos 5,1% dos usuários de

atorvastatina. Na prioridade 2 seriam atendidos 23,2% dos usuários e na prioridade 3, 13,8%. Contudo, 57,9% não manifestaram interesse no SFT, apesar de muitos serem considerados prioritários, de acordo com os critérios estabelecidos pelo serviço. Estes dados apontam para a importância da definição de estratégias de comunicação que incitem a participação dos usuários que não manifestaram interesse, bem como para aqueles que manifestaram interesse, mas não se enquadram nas prioridades. O material desenvolvido foi aprovado por 100% dos usuários e por uma banca examinadora de um Trabalho de conclusão de estágio. Os usuários concordaram que o material era muito chamativo e demonstraram grande interesse no mesmo. **Considerações finais:** Antes de programar o serviço de SFT é importante conhecer o perfil da população alvo e o potencial interesse em participar deste serviço. O planejamento do serviço e a opinião-autonomia dos participantes determinarão a qualidade e as características necessárias ao serviço para atingir as metas desejadas.

Palavras chaves: Participação do usuário, Seguimento Farmacoterapêutico, Dislipidemia, Materiais educativos impressos.

ABSTRACT

Introduction: Clinical Governance search for quality improvement in health care practices, through individualized care, conducted by an interdisciplinary team, with a personalized therapeutic project. It emphasize the importance of health care as a central dimension of management, identifying the patient as the focus of care. Also point out the need of patients and their families' involvement in clinical decisions, and recommend mechanisms of risk stratification and health care quality monitoring. In this context, this dissertation proposes the study of aspects related to the user, in order to integrate them in previous activities to the implementation of Pharmacotherapeutic follow-up (SFT) at Pharmacy School UFSC / PMF. This approach aims to improve the quality of services to be provided, increase the degree of user satisfaction relating to the service, and to optimize the material and human resources that currently are insufficient to offer SFT 100 % of users. For this, was proposed a pilot descriptive study conducted between February and September 2013 with users in treatment with atorvastatin in Pharmacy School UFSC / PMF, under the Specialized Component of the Pharmaceutical Care (CEAF). The participants answered a questionnaire, which aimed to estimate the need (triage priorities) and check the interest in receiving a specialized consulting directly with a pharmacist. Additionally was developed a printed educational material on dyslipidemia. **Results and discussion:** The survey was responded for 254 participants. 107 (42.1 %) answered affirmatively to the question of the offer of personalized pharmacotherapy consultation. To define the needs were considered sociodemographic, pharmacotherapeutic and clinical criteria . Based on these criteria were established three levels of SFT priority. Considering the criteria established by the service and the interest of users in first priority would be treated 5.1% of atorvastatin users. In the second priority would be treated 23.2 % of users and the priority 3, 13.8 %. However, 57.9 % did not express interest in the SFT, despite many of

them were prioritized according to the criteria established by the service. These data show the importance of defining communication strategies that encourage the participation of users who have not expressed interest, as well as to those who expressed interest, but do not accomplish the priorities. The developed material was approved by the board of examiners of a work internship completion and approval of 100 % of users. Users agreed that the material was too flashy and spoke of the advantages of receiving such information. Most of them had much interest to bring the material to their homes the same day they reviewed the material. **Final Thoughts:** Before scheduling, the service of SFT is important to know the profile of the population and the potential interest in participating in this service. Scheduling of service and the opinion - autonomy of participants will determine the quality and the characteristics service needed to achieve the desired goals.

Key words: User participation, Pharmacotherapeutic Follow-up, Dyslipidemia, printed educational materials.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica dos critérios, segundo os domínios sociodemográfico, farmacoterapêutico e clínico, considerados na análise da necessidade de SFT, do ponto de vista do serviço.	64
Figura 2 - % de indivíduos que cumprem os critérios do domínio sociodemográfico, considerados na análise da necessidade de SFT, do ponto de vista do serviço, e que tem interesse no SFT.....	67
Figura 3 - % de indivíduos que cumprem os critérios do domínio farmacoterapêutico, considerados na análise da necessidade de SFT, do ponto de vista do serviço, e que tem interesse no SFT.....	68
Figura 4 - % de indivíduos que cumprem os critérios do domínio clínico, do ponto de vista do serviço, e que tem interesse no SFT.....	69
Figura 5 - Critérios estabelecidos para cada uma das prioridades de inclusão de pacientes em no SFT, do ponto de vista do serviço.	72
Figura 6 - Representação gráfica referente aos percentuais de indivíduos que atendem aos critérios nas prioridades 1, 2 e 3.....	73

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos usuários entrevistados (n= 254).....	49
Tabela 2 - Caracterização estilo de vida dos usuários entrevistados (n= 254).....	50
Tabela 3 - Caracterização clínica dos Usuários Entrevistados (n= 254).....	51
Tabela 4 - Caracterização farmacoterapêutica dos usuários de atorvastatina da Farmácia Escola, entrevistados (n= 254).	53
Tabela 5 - Relação entre o ERF e a aceitação da oferta da consulta farmacoterapêutica personalizada.	54
Tabela 6 - Descrição dos cenários possíveis, considerando os critérios a serem atendidos para os domínios sociodemográfico farmacoterapêutico e clínico, considerados na análise da necessidade de SFT, do ponto de vista do serviço.....	66
Tabela 7 - Análise do número de indivíduos incluídos em cada cenário, considerando o atendimento aos critérios, do ponto de vista do serviço, e o número de indivíduos que interesse no serviço de SFT em cada cenário.....	71
Tabela 8 - Resultados avaliação do material pelos usuários.	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AtenFar - Atenção Farmacêutica
APS - Atenção Primária à Saúde
AHA - American Heart Association
apoB - Apolipoproteína B
AVC- Acidente vascular cerebral
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CT - Colesterol total
DM - Diabete mellitus
DCV - Doenças cardiovasculares
ERF - Escore de risco de Framingham.
FE – Farmácia Escola
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HMG-CoA - 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A
HDL-C - Lipoproteína de alta densidade IDL - Lipoproteína de densidade intermediária
HF - Hipercolesterolemia Familiar
IMC – Índice de massa corporal
LDL-C - Lipoproteína de baixa densidade
LP- Lipoproteína
MEV - Mudança do estilo de vida OMS - Organização Mundial da Saúde
MEI - Material Educativo Impresso
PM – Polimedicado
PRM - Problemas Relacionados a Medicamentos
PW - Pharmaceutical work-up
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde
PNAUM - Pesquisa Nacional sobre Acesso e utilização de medicamentos
RAM - Reação Adversa a Medicamentos
RNM – Resultado Negativo Associado à Medicação

SFT - Seguimento Farmacoterapêutico
SUS - Sistema Único de Saúde
SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia
TCE - Trabalho de Conclusão de Estágio
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TG - Triglicerídeos
TC - taxa de Cobertura
URM - Uso Racional de Medicamentos
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
VLDL - Lipoproteína de muito baixa densidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
2.1 GESTÃO DA CLÍNICA	29
2.2 NECESSIDADE EM SAÚDE	30
2.3 TRIAGEM DE PRIORIDADES	31
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	32
2.5 DISLIPIDEMIA	34
2.5.1 Conceito e classificação	34
2.5.2 Epidemiologia	35
2.5.3 Diagnóstico	36
2.5.4 Tratamento	36
2.5.4.1 Tratamento não medicamentoso	36
2.5.4.2 Tratamento medicamentoso	37
2.5.4.2.1 <i>Inibidores da HMG-COA</i>	37
2.5.4.2.2 <i>Fibratos</i>	38
2.5.4.2.3 <i>Inibidores da absorção do colesterol</i>	38
2.5.4.2.4 <i>Sequestradores de ácidos biliares</i>	39
2.5.4.2.5 <i>Ácido nicotínico (Niacina)</i>	39
2.5.4.2.6 <i>Ácidos graxos ômega 3</i>	39
2.6 ADESÃO AO TRATAMENTO	40
2.7 MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	41
3. FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM USUÁRIOS DE ATORVASTATINA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	45
3.1 RESUMO	45
3.2 INTRODUÇÃO	46
3.3 METODOLOGIA	47
3.4 RESULTADOS	48
3.5 DISCUSSÃO	55
4. SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE USUÁRIOS DE ATORVASTATINA DO CEAF: QUEM NECESSITA?	59
4.1. RESUMO	59
4.2 INTRODUÇÃO	60
4.3 METODOLOGIA	62
4.4 RESULTADOS	65
4.6 CONCLUSÕES	74
5 INFORMAÇÃO EM SAÚDE: APRECIÇÃO DA QUALIDADE E LEGIBILIDADE DE UM FOLHETO INFORMATIVO IMPRESSO SOBRE DISLIPIDEMIA	75
5.1 RESUMO	75

5.2 INTRODUÇÃO	76
5.3 METODOLOGIA	78
5.4 RESULTADOS	80
5.5 DISCUSSÃO.....	84
5.6 CONCLUSÕES.....	86
6. DISCUSSÃO FINAL	87
7 CONCLUSÕES FINAIS	89
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	91
9 CONTRIBUIÇÕES	93
9.1 PARA A CIÊNCIA.....	93
9.2 PARA A SOCIEDADE	93
10 REFERÊNCIAS.....	95
ANEXO 1 – MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO	109
ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO	113

1 INTRODUÇÃO

A dislipidemia é uma doença que aumenta o risco dos pacientes desenvolverem enfermidades cardiovasculares devido a desequilíbrio nas taxas normais do colesterol. A associação de dieta, prática de exercícios físicos e a utilização de fármacos hipolipemiantes são algumas das estratégias utilizadas na atualidade.

A utilização de fármacos hipolipemiantes pode melhorar a condição clínica do usuário, embora, se o tratamento for utilizado incorretamente pode pôr em risco a saúde do paciente. Recentemente, a demanda pela redução da morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos exige a atuação do profissional farmacêutico, por meio do serviço clínico personalizado conhecido como Seguimento Farmacoterapêutico (SFT).

Soares e colaboradores (2013), com base em Nelson e Sampat (2001) e Vargo e Lusch (2004), apontam que “Serviço é um processo que aplica recursos e competências profissionais essenciais (conhecimento e habilidades) para o benefício de outro”. Neste contexto, para a prestação e desenvolvimento de um serviço clínico devemos ter em consideração a opinião mais importante: a do usuário.

O desenvolvimento dessa nova prática implica refazer a profissão farmacêutica, tornando o farmacêutico um profissional focado no indivíduo que utiliza o medicamento considerando suas experiências, anseios, receios e comportamentos relacionados ao uso deste recurso terapêutico (COSTA, et al, 2004).

O processo de implementação deste serviço nos diferentes âmbitos de atuação do farmacêutico ainda é um desafio para a profissão. Um dos fatores que limita o sucesso de sua implementação está na própria formação dos profissionais, pois durante a graduação são raras as oportunidades para vivenciar este tipo de atividade. Outra limitação a ser citada é a falta de participação dos usuários no processo de implementação do serviço.

A Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina (FE UFSC/PMF) objetiva implementar um serviço de SFT aos usuários,

o qual também possa oportunizar aos estudantes o treinamento em serviço. A FE UFSC/PMF é uma farmácia comunitária vinculada ao Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina e conveniada com a Prefeitura Municipal de Florianópolis para disponibilizar medicamentos fornecidos pelo SUS, aos moradores de Florianópolis, cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) ou no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

Neste contexto, foi realizada a integração do usuário nas atividades prévias à implementação do serviço clínico. Para isto foi proposto um estudo piloto do tipo descritivo desenvolvido entre fevereiro e setembro de 2013 com usuários em tratamento com atorvastatina na Farmácia Escola UFSC/PMF, no âmbito do CEAF. Os participantes responderam a um questionário, cujo objetivo era estimar a necessidade (triagem de prioridades) e verificar o interesse em receber uma consulta especializada diretamente com um farmacêutico.

Adicionalmente os usuários foram convidados a participar nas atividades de desenvolvimento e apreciação da qualidade e legibilidade de material educativo impresso sobre dislipidemia. Este material foi desenvolvido tendo em consideração as características dos participantes do estudo piloto e as sugestões feitas pelos envolvidos na pesquisa sobre o conteúdo e diagramação. Embora, não foi avaliada a compreensão da informação por parte dos usuários.

Em concordância com o acima exposto, questiona-se o conteúdo abordado e a forma de comunicação utilizada para a educação voltada ao uso racional de medicamentos. A discussão sobre o processo de elaboração do material pretende estimular a reflexão sobre questões consideradas essenciais na confecção e utilização de materiais educativos voltados para esta finalidade.

O estudo tem como objetivo principal analisar o perfil socioeconômico e clínico dos usuários de atorvastatina no âmbito do CEAF, visando estimar a necessidade e o potencial interesse em receber uma consulta especializada com um farmacêutico. Os objetivos específicos são:

1. Traçar o perfil farmacoepidemiológico dos usuários atendidos no CEAF que possuem diagnóstico de Dislipidemia; verificando os fatores de risco para a doença cardiovascular em pacientes tratados com atorvastatina no sistema único de saúde.
2. Avaliar as situações de risco cardiovascular e o interesse dos usuários de atorvastatina, propondo critérios para uma triagem de priorização para oportunizar SFT para estes usuários;
3. Desenvolver, e validar a qualidade de material educativo envolvendo diretamente a população alvo.

Justificativa do estudo:

O estudo foi norteado por quatro questões de investigação:

4. Qual é o perfil farmacoepidemiológico dos pacientes com Dislipidemia atendidos no CEAF em Florianópolis?
5. Todos os usuários necessitam de SFT? Quais devem ser os critérios para selecionar os pacientes que realmente precisam de SFT?
6. Todos os usuários têm interesse e disponibilidade para participar do SFT?
7. A população de estudo precisa de um material educativo especialmente desenvolvido para eles? Que critérios devem ser levados em consideração ao elaborar materiais educativos impressos?

Para responder a essas perguntas foram desenhados distintos protocolos de trabalho, os quais originaram os capítulos subsequentes desta dissertação:

Capítulo 2 - Fundamentação teórica: gestão da clínica, necessidade em saúde, triagem de prioridades, educação em saúde, generalidades da

dislipidemia; adesão ao tratamento e medicamentos disponibilizados nos serviços públicos de saúde do Brasil.

Capítulo 3- Fatores de risco para a doença dislipidemia em pacientes tratados com atorvastatina no sistema único de saúde.

Capítulo 4- Seguimento farmacoterapêutico de usuários de atorvastatina do CEAF: quem necessita?

Capítulo 5- Informação em Saúde: Apreciação da qualidade e legibilidade de um folheto informativo impresso sobre dislipidemia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 GESTÃO DA CLÍNICA

O movimento de Reforma Sanitária no Brasil ocorreu em consonância com o processo de redemocratização do Brasil. No país, ao contrário das demais reformas que vinham ocorrendo no restante do mundo, preponderaram os ideais universalizantes. Assim, as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição Brasileira de 1988, definiram um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2002).

Este processo de Reforma procurou retificar as iniquidades de acesso ao cuidado; as prioridades na oferta de serviços; a introdução de mecanismos de coordenação dos diversos serviços prestados nos diferentes níveis de atenção; a divisão de funções de financiamento e execução de serviços; o fortalecimento da atenção primária em saúde e a melhoria da saúde pública com foco na prevenção de doenças, promoção da saúde e o empoderamento dos cidadãos (ALMEIDA, 1990).

Em 2003 surgiu a Política Nacional de Humanização HumanizaSUS, para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Mais recentemente, as discussões a respeito da gestão da clínica buscaram caminhos possíveis para a melhoria da qualidade da assistência. Entre os aspectos apontados está o reforço da humanização da assistência.

A proposta da política Humaniza-SUS utiliza ferramentas para consolidar redes e vínculos entre usuários, trabalhadores e gestores, motivado a autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2007). Da mesma maneira, a gestão em saúde envolve a coordenação e interação de recursos e trabalho humano, visando resultados concretos, traduzidos no alcance de objetivos (BRASIL, 2009).

A humanização fomenta a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão. A participação social, no entanto, deve ser incentivada no dia- dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente (BRASIL, 2008).

De acordo com o documento Gestão participativa e cogestão (2009), a gestão nos serviços de saúde deve ser democrática envolvendo as relações entre usuários, sua família e equipes de saúde. A gestão participativa é atualmente considerada como um instrumento para a construção de mudanças nas práticas de saúde, colaborando para tornar o atendimento mais eficaz/ efetivo.

Os achados de Pasche e colaboradores (2006) sugerem que reinventar a gestão demanda a reestruturação da arquitetura dos estabelecimentos de saúde, permitindo fomentar novos modos de circulação de poder e de produção de subjetividade.

2.2 NECESSIDADE EM SAÚDE

O Pacto da Saúde cita um conceito de necessidades que abrange dimensões da realidade e dos sujeitos sociais envolvidos na construção da sociedade. Considera que a demanda por serviços de saúde está determinada pelo nível atual do desenvolvimento tecnológico do setor e pelos atores relevantes na sua definição e implementação. (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde objetiva responder às reais necessidades de saúde da população redirecionando os processos de trabalho da Atenção Básica (EGRY, 2008), estimulando assim autonomia individual e coletiva que melhore a qualidade de vida dos envolvidos (BRASIL, 2006).

Andersen, ao discutir necessidades em saúde, propõe que a utilização dos serviços é produto da interação entre determinantes individuais, do sistema de saúde e do contexto social. Segundo Andersen, a utilização de serviços de saúde depende da predisposição do indivíduo; do nível de necessidade medido pela percepção da condição

de saúde, severidade da doença e limitação de atividades, e de fatores que facilitem o acesso, especialmente a renda (ANDERSEN, 1995).

Baseado no Modelo Comportamental de Andersen (2010), a necessidade percebida é um dos fatores individuais que determina a utilização de serviços de saúde. O grau da necessidade percebida evidencia a causa mais frequente de utilização de serviços de saúde.

Bradshaw, autor da Taxonomia da Necessidade Social, estabeleceu quatro tipos de necessidades: normativa, sentida, expressa e comparativa (BRADSHAW, 1972).

Segundo Andersen (1995) e Bradshaw (1972), as necessidades sentida e expressa (que dependem da percepção da condição de saúde) posicionam a população como atores fundamentais na acessibilidade dos serviços de saúde, tendo o usuário um maior protagonismo, considerando as demandas da população e o seu entorno.

2.3 TRIAGEM DE PRIORIDADES

O termo triagem provém do termo francês *trier* que significa selecionar. Atualmente, os serviços de urgência utilizam a seleção para identificar os casos mais urgentes assegurando atenção prioritária.

Existem diferentes sistemas de triagem estruturada usados nos serviços de Urgência: *Australasian Triage Scale*, *Canadian Triage and Acuity Scale*, *Emergency Severity Index*, *Manchester Triage System*, entre outros.

No Brasil, o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester é a metodologia de trabalho implementada nos serviços de Urgência. Esta metodologia foi desenvolvida em Manchester (Reino Unido) em 1997 e permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica. A metodologia de Manchester não trata de estabelecer diagnósticos. O objetivo é identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada.

Tal metodologia promove o atendimento mais adequado nos diversos hospitais e permite uma caracterização mais correta do perfil do

usuário nos Serviços de Urgência, contudo, a identificação errada da prioridade pode ter graves repercussões na saúde dos usuários (MACKWAY-JONES K, 2006).

Delfim e colaboradores (2012) mencionam a necessidade de existirem profissionais capacitados para o atendimento inicial dos usuários visando melhorar a qualidade, sistematização e padronização do atendimento.

O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o respectivo fluxograma de decisão que leva a um discriminador que permite classificar a queixa inicial segundo a prioridade clínica (com a respectiva cor de identificação) (ZIMMERMANN P, 2001).

A utilização deste sistema classifica o usuário numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial:

1 = Emergente = Vermelho = 0 minutos

2 = Muito urgente = Laranja = 10 min

3 = Urgente = Amarelo = 60 min

4 = Pouco Urgente = Verde = 120 min

5 = Não urgente = Azul = 240 min

Atualmente, para ofertar SFT não existe um método para classificar usuários de acordo com a gravidade da doença e as necessidades em saúde que apresenta. O desenho dessa metodologia simplificará a prestação do serviço e permitirá identificar usuários que precisam da atuação do farmacêutico assegurando a prioridade do acesso.

2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde permite a construção de conhecimentos e práticas relacionadas a cada cultura e identidades sociais (MEYER, 2006). Nas últimas décadas, o conceito de educação em saúde e suas práticas buscam renovar e transformar as práticas educativas no campo da saúde, revertendo a prática normalizadora-curativa (GAZINELLI et al., 2005).

A educação em saúde deve promover o conhecimento sobre os determinantes sociais e biológicos das doenças e as formas de intervir sobre a sociedade (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ONLINE, 2009).

Segundo Foucault (1980), a educação é a transformação e mudança dos parâmetros estabelecidos. Essa concepção está estreitamente relacionada com a ideia de empoderamento. Na busca de empoderamento da população aparece o conceito de promoção de saúde, definido na Carta de Ottawa como um processo de capacitação para melhorar qualidade de vida, identificar aspirações e satisfazer necessidades.

Atualmente as atividades de promoção à saúde estão centradas na mudança de comportamento dos indivíduos, embora, estas não estimulam o senso crítico nem a autonomia dos usuários. (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Portanto, a educação em saúde deve ser sensível às necessidades dos usuários, valorizando as trocas interpessoais e as iniciativas da população, promovendo o intercâmbio de experiências entre usuários e equipe de saúde.

Nessa perspectiva, os materiais educativos têm sido utilizados como instrumentos no campo da educação em saúde. Contudo, o material educativo por si só não gera maior autonomia, uma vez que os sujeitos estão inseridos em uma complexa rede de relações sociais e seus comportamentos não são guiados por uma única racionalidade (NOGUEIRA; LEANDRO; SCHALL, 2009), sendo que cabe a eles a decisão de aceitar ou rejeitar as novas informações.

A elaboração de um material educativo deve ter em consideração o planejamento do conteúdo da informação que se deseja transmitir, o conhecimento do público ao qual se destina esta informação e o meio de comunicação mais adequado. Tais questões permitem diferenciar os requerimentos e exigências de cada público alvo, as quais devem ser levadas em consideração durante a elaboração dos materiais (MOREIRA *et al.*, 2003; ROSSI *et al.*, 2012).

2.5 DISLIPIDEMIA

2.5.1 Conceito e classificação

O termo dislipidemia indica tanto uma elevada concentração de lipídios no sangue (hiperlipidemia) quanto uma concentração plasmática baixa de colesterol na lipoproteína de alta densidade (HDL-C), sendo estas as principais causas de risco aterogênico em um indivíduo (MAHLEY e BERSOT, 2006).

A dislipidemia é definida como um distúrbio do metabolismo lipídico, com repercussões sobre os níveis de lipoproteínas na circulação sanguínea, bem como sobre as concentrações de seus diferentes componentes (PRADO, et al., 2005). A lipoproteína de baixa densidade (LDL-C) é o maior carreador de colesterol para as células (FARRET JF, 2005) e está associada ao início e à aceleração do processo aterosclerótico (ISOSAKI M, et al., 2008). Já as lipoproteínas de alta densidade (HDL-C) são de extrema importância, pois participam do transporte reverso do colesterol, sendo consideradas antiaterogênicas (FARRET JF, 2005).

De acordo com sua etiologia, as dislipidemias podem ser categorizadas em primárias ou secundárias. As formas primárias são decorrentes da genética e do estilo de vida. As formas secundárias são consequência de outras afecções como o diabetes mellitus, alcoolismo, síndrome nefrótica, hepatopatias, insuficiência renal crônica, hipotireoidismo, tabagismo e uso de medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001).

Há várias categorias deste transtorno dependendo do tipo de lipídio que está alterado. De acordo com os achados laboratoriais, as dislipidemias são classificadas em:

- Hipercolesterolemia isolada: apresenta elevação isolada na concentração do LDL-C (≥ 160 mg/dL).
- Hipertrigliceridemia isolada: apresenta elevação isolada na concentração dos triglicerídeos TG (≥ 150 mg/dL), que reflete o aumento do volume de VLDL, IDL e Quilomicrons.

- Hiperlipidemia mista: apresenta elevação na concentração de ambos LDL-C (≥ 160 mg/dL) e TG (≥ 150 mg/dL).
- HDL-C baixo: redução do HDL-C (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) isolada ou em associação com aumento de LDL-C ou de TG (SBC, 2007).

2.5.2 Epidemiologia

A dislipidemia é a principal causa da aterosclerose, e a aterosclerose causa primária de 50% das mortes relacionadas com infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. (GOTTLIEB et al., 2005).

A relevância das dislipidemias como problema de saúde pública está na sua relação com as doenças cardiovasculares (DCV) (GARCIA, et al., 2002), as quais estão classificadas entre os mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular aterosclerótica, juntamente com a hipertensão arterial, a obesidade e o diabetes mellitus (SANTOS RD, et al., 2001).

As DCV constituem uma importante causa de morte nos países desenvolvidos e também naqueles em desenvolvimento, onde o seu crescimento significativo alerta para o profundo impacto nas classes menos favorecidas e para a necessidade de intervenções eficazes de baixo custo e caráter preventivo (RIQUE AB, et al, 2002).

Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso e Utilização de Medicamentos (PNAUM), a prevalência autorreferida de hipercolesterolemia, na população com 20 anos ou mais no Brasil foi de 8,5% (PNAUM, 2014).

Segundo estimativa descrita pela *American Heart Association* (AHA), nos Estados Unidos, aproximadamente 8% dos adultos possuem hipercolesterolemia não diagnosticada. A AHA relata que as DCV são mais prevalentes nas mulheres devido a fatores como menopausa e reposição hormonal, uso de contraceptivos e gestação (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2011).

2.5.3 Diagnóstico

O perfil lipídico é definido pelas determinações bioquímicas do CT, HDL-C, LDL-C e TG, após jejum de 12 a 14 horas. As dislipidemias são assintomáticas, embora, a exploração clínica permite detectar acúmulo de gordura em diferentes partes do corpo (somente quando os níveis de lipídios são muito elevados como nas dislipidemias de origem genética) (SBC, 2007).

O correto diagnóstico da doença avalia as circunstâncias que possam influenciar sobre a concentração plasmática dos lipídios, como dieta, ingestão de álcool, atividade física intensa antes da tomada da amostra, utilização de fármacos, enfermidades intercorrentes, entre outras (TUNEU et al., 2003).

2.5.4 Tratamento

2.5.4.1 Tratamento não medicamentoso

As medidas não farmacológicas apontam para mudança do estilo de vida (MEV), contudo, indivíduos de risco baixo ou intermediário que não atingiram as metas terapêuticas, após 3 ou 6 meses de MEV, respectivamente, devem iniciar simultaneamente com tratamento farmacológico (SBC, 2007).

Basicamente a MEV se refere ao cumprimento dos seguintes itens:

- Terapia nutricional – O profissional da saúde deverá contemplar questões culturais, regionais, sociais e econômicas do paciente e orienta-lo quanto à seleção, quantidade, técnicas de preparo e substituição de alimentos (SANTOS, et al, 2013).
- Exercício físico – O profissional da saúde deverá estimular ao paciente quanto à realização de exercícios físicos aeróbios promovendo a redução dos níveis plasmáticos de TG, aumento dos níveis de HDL-C,

porém sem alterações significativas sobre as concentrações de LDL-C (GHORAYEB, et al, 2013).

- Cessação do tabagismo – Este item deverá incluir a abordagem cognitivo-comportamental (motivação, estímulo e acompanhamento) e farmacoterapia (nicotínica e não-nicotínica).

2.5.4.2 Tratamento medicamentoso

A terapia farmacológica é utilizada em associação com MEV. Segundo a SBC (2007), os medicamentos devem ser empregados sempre que não houver efeito satisfatório das MEV ou impossibilidade de aguardar os efeitos da MEV por prioridade clínica.

Atualmente, existem seis opções terapêuticas diferentes para o controle da dislipidemia as quais serão brevemente descritas a seguir.

2.5.4.2.1 Inibidores da HMG-COA

Neste grupo estão os inibidores competitivos específicos e reversíveis da HMG-CoA (3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A), também conhecidos como estatinas. O principal efeito bioquímico das estatinas é reduzir o LDL-C de 15% a 55% em adultos e elevar o HDL-C de 2% a 10% (MAHLEY e BERSOT, 2006).

Com relação às estatinas os efeitos adversos mais frequentemente relatados incluem prisão de ventre, diarreia, flatulência, dor de estômago, tontura, dor de cabeça, náuseas, alergias de pele. Os efeitos adversos relatados com menos frequência, porém que necessitam de atenção médica imediata incluem dores musculares, e câibras.

Um dos efeitos adversos mais graves e de maior risco que necessita interrupção do tratamento com estes medicamentos, porém de incidência rara, é a miosite (inflamação dos músculos), que, se não identificada, pode evoluir para perda da função renal. Já foram descritos casos fatais de lesão muscular (rabdomiólise) e insuficiência renal em pacientes tratados com medicamentos desta classe (PCDT, 2002).

2.5.4.2.2 *Fibratos*

Os fármacos desta classe são derivados do ácido fíbrico e incluem clofibrato, bezafibrato, ciprofibrato, etofibrato, genfibrozila e fenofibrato. Na década de 1970, a OMS alertou que o uso do clofibrato estava relacionado ao aumento na mortalidade por colelitíase, sendo o uso deste fármaco diminuído (MAHLEY e BERSOT, 2006).

Os fibratos constituem os fármacos de escolha para o tratamento da hipertrigliceridemia grave. A redução dos TG será mais pronunciada quanto maior o valor basal da trigliceridemia, contudo os fibratos reduzem os TG entre 20 e 60 %. A ação sobre o LDL-C é variável, podendo diminuí-lo, não modificá-lo ou até aumentá-lo (SBC, 2007).

Os efeitos adversos para os fibratos já relatados incluem desordens hematológicas (como anemia, leucopenia e trombocitopenia), angina, arritmias cardíacas, pancreatite, cálculos biliares, toxicidade renal e hepática, sintomas gripais, exacerbação de úlcera péptica, pancreatite, colelitíase, coceiras generalizadas e alergias de pele (PCDT, 2002).

2.5.4.2.3 *Inibidores da absorção do colesterol*

Ezetimiba é um agente do grupo das azetidionas que inibe a absorção do colesterol pelos enterócitos no intestino delgado (VAN HEEK et al., 2000).

Ezetimiba, quando usada isoladamente, reduz cerca de 20% o LDL-C. É frequentemente empregada em associação com as estatinas, em função da potenciação da redução do colesterol intracelular (redução da síntese pela estatina e da absorção intestinal por ezetimiba). Em média, a dupla inibição proporciona reduções cerca de 20% maiores do LDL-C em comparação com a mesma estatina na mesma dose isoladamente (SBC, 2007).

2.5.4.2.4 *Sequestradores de ácidos biliares*

Colestiramina e colestipol são os fármacos mais conhecidos deste grupo. Estas moléculas têm carga positiva e se ligam a ácidos biliares de carga negativa, resultando na redução do conteúdo hepático de colesterol e na redução, em média de 20%, dos níveis plasmáticos de LDL-C (MAHLEY e BERSOT, 2006; SBC, 2007).

O efeito destes fármacos é potencializado pelo uso concomitante de estatinas. Colestiramina pode ser usado como adjuvante das estatinas no tratamento das hipercolesterolemias graves. Este fármaco também é utilizado em crianças e o único liberado para mulheres no período reprodutivo sem método anticoncepcional efetivo (SBC, 2007).

Este grupo de fármacos não é absorvido pelo organismo do paciente e, portanto, é mais seguro. Contudo, a palatabilidade, os efeitos colaterais gastrointestinais e a diminuição da absorção de vitaminas lipossolúveis e ácido fólico limitam seu uso (TUNEU et al., 2003; MAHLEY e BERSOT, 2006; SBC, 2007).

2.5.4.2.5 *Ácido nicotínico (Niacina)*

A niacina é uma vitamina do complexo B, hidrossolúvel, que diminui os TG em 20 a 50% e o LDL-C em 5 a 25%. Também acarreta aumento do HDL-C em 15 a 35%. Portanto, é considerado um fármaco muito útil para o tratamento de pacientes com hipertrigliceridemia e baixo HDL-C (MAHLEY e BERSOT, 2006).

Os efeitos adversos, de incidência pouco frequente, incluem dor e sensação de calor na cabeça (PCDT, 2002).

2.5.4.2.6 *Ácidos graxos ômega 3*

Os ácidos graxos ômega 3 são ácidos graxos poli-insaturados derivados do óleo de peixes provenientes de águas frias e profundas como salmão, arenque, atum e sardinhas. A ingestão de óleo de peixe

tem demonstrado efeitos benéficos na prevenção das DCV. São utilizados para pacientes intolerantes aos fibratos, niacina ou estatinas (SBC, 2007).

2.6 ADESÃO AO TRATAMENTO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a avaliação do grau de concordância entre o comportamento de um indivíduo em relação às recomendações do profissional da saúde corresponde ao conceito de adesão ao tratamento. Este conceito vai além de estimar o uso de medicamentos, incluindo também as mudanças no estilo de vida ou seguimento de uma dieta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Uma terapia para o controle, cura ou prevenção de uma patologia tem maior probabilidade de ser bem sucedida quando o usuário tem uma maior adesão ao tratamento. Por isto, os profissionais da saúde se preocupam com a adesão (LEITE; VASCOCELLOS, 2003). Marinker e Shaw (2003) afirmam que um baixo grau de adesão, pode afetar negativamente o progresso clínico do paciente e a qualidade de vida do usuário, levando a consequências pessoais, sociais e econômicas.

A baixa adesão está influenciada por fatores relacionados com o alto custo dos medicamentos, a complexidade do tratamento (número de medicamentos e esquema terapêutico), a percepção dos efeitos colaterais causados pela terapia, a compreensão da enfermidade, bem como a finalidade, benefícios e riscos da terapia proposta, a relação estabelecida entre paciente e equipe de saúde, o bem-estar emocional, o acolhimento e o entendimento da linguagem do prescritor (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; LEITE; VASCOCELLOS, 2003).

A adesão ao tratamento com medicamentos para problemas cardiovasculares frequentemente é baixa (SHALANSKY et al., 2004). Para os medicamentos hipolipemiantes, o valor limite para adesão é 80%. É considerada uma boa adesão ao tratamento hipolipemiante quando a taxa de cobertura (TC) é $\geq 80\%$ e uma baixa adesão ao

tratamento quando TC < 80% (MORISKY et al., 1986; RUOKONIEMI et al., 2011). A TC representa a disposição do paciente em cumprir o tratamento. Os dados obtidos por Ruokoniemi e colaboradores (2011), mostraram que o aumento em 10% na adesão ao tratamento hipolipemiante reduz em 3% o risco de eventos coronarianos em pacientes diabéticos, independente da presença de DCV.

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso é um problema de alto custo e universal, o qual afeta pessoas de ambos sexos, diferentes faixas etárias e níveis socioeconômicos. A baixa adesão é importante para usuários com condições crônicas, pois induz a complicações evitáveis da doença e menor qualidade de vida (LEITE; VASCOCELLOS, 2003).

Portanto, o serviço de Seguimento Farmacoterapêutico é de fundamental importância para auxiliar os usuários a esclarecer dúvidas sobre seus tratamentos farmacológicos, formar e/ou confirmar os conhecimentos que precisa para tomar decisões e entregar ferramentas que permitam melhorar sua adesão ao tratamento, logrando, assim, o cumprimento dos objetivos terapêuticos que visam melhorar a qualidade de vida do usuário.

Por último, o vínculo estabelecido com o usuário e o planejamento deste serviço são fundamentais para garantir o sucesso da intervenção, gerando a necessidade de aperfeiçoamento e busca de novas estratégias para melhorar o serviço clínico por parte do Farmacêutico.

2.7 MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Assim como a hipertensão, a dislipidemia também é um dos fatores de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares. Para reduzir o risco de infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e outros eventos cardiovasculares são indicados tratamentos não medicamentosos (basicamente relacionados à alteração do estilo de vida) e medicamentosos (SBC, 2007).

No Brasil, o acesso aos medicamentos para Dislipidemia no serviço público de saúde ocorre por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) (BRASIL, 2010).

O CBAF envolve um conjunto de ações desenvolvidas de forma articulada entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica (BRASIL, 2009). O medicamento dispensado por meio desse componente para atender os indivíduos com dislipidemias é sinvastatina. Esse fármaco é considerado como a primeira linha de cuidado para o tratamento de Dislipidemia, e é dispensado mediante apresentação da prescrição médica e Cartão Nacional do Serviço Único de Saúde (SUS). Em Florianópolis, no período do estudo, a dispensação da apresentação de 10 mg estava restrita às Farmácias de Referência de Florianópolis e à Farmácia Escola, enquanto que as apresentações com 20mg e 40 mg eram dispensadas nas Unidades Básicas de Saúde.

O CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizada pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial. Em virtude das características das doenças, dos medicamentos disponibilizados e da necessidade de promoção do uso racional, os medicamentos do CEAF devem ser dispensados conforme os critérios preconizados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde e de abrangência nacional.

Os medicamentos disponibilizados por meio desse componente para o tratamento da dislipidemia são: atorvastatina, lovastatina, pravastatina, bezafibrato, ciprofibrato, genfibrozila e ácido nicotínico. Em dezembro de 2012, a Farmácia Escola contava com 4568 usuários cadastrados no CEAF, dos quais, 835 possuíam diagnóstico de dislipidemia e destes, 728 (87,2%) utilizavam atorvastatina como tratamento principal.

Os tratamentos farmacológicos usados na prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares reduzem a incidência de doença isquêmica do coração em 25% a 60% e o risco de morte em 30%, além de reduzir a angina, acidentes vasculares cerebrais e a necessidade de procedimentos de revascularização miocárdica e periférica. (SANTOS RD, et al, 2001; LAROSA JC, et al., 1999).

3. FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM USUÁRIOS DE ATORVASTATINA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

3.1 RESUMO

Fundamento: A complexidade dos fatores envolvidos no uso de medicamentos demanda abordagens diferenciadas de orientação e acompanhamento do uso correto destes recursos, visando a obtenção dos benefícios e minimização de riscos.

Objetivo: Analisar fatores socioeconômicos, risco cardiovascular e o interesse em um serviço de seguimento farmacoterapêutico, em usuários de atorvastatina do SUS, visando contribuir na definição de estratégias adequadas de orientação sobre o uso dos medicamentos e de interação do farmacêutico com a equipe de saúde.

Método: Foi realizado um estudo descritivo observacional entre fevereiro e maio de 2013 com usuários que recebem atorvastatina para tratamento de dislipidemia em Florianópolis.

Resultados: O grupo de usuários entrevistados (254) continha fumantes (5,1%) e sedentários (29,1%). Em relação à caracterização clínica foram encontrados fatores de risco cardiovascular intermediário e alto (26,4% e 3,5%, respectivamente). Com relação à caracterização farmacoterapêutica, os fatores de risco foram baixa adesão ao tratamento medicamentoso (27,2%), polimedicação maior (55,5%) e suspeita de reação adversa a atorvastatina (24%). Dos 254 participantes que responderam à pesquisa, 107 (42,1%) aceitaram a oferta da consulta farmacoterapêutica personalizada, contudo, 44,5% dos usuários com risco cardiovascular alto não tem interesse em aceitar o serviço clínico.

Conclusão: O conhecimento dos fatores de risco associados ao uso de medicamentos e do interesse do usuário em um serviço farmacêutico clínico focado nas necessidades desse grupo é um fator importante para atingir as metas desejadas e otimizar os recursos disponíveis.

Palavras chave: Fatores de risco, Uso de medicamentos, Dislipidemias, Assistência Farmacêutica, Sistema Único de Saúde.

3.2 INTRODUÇÃO

A dislipidemia é a principal causa da aterosclerose, a qual é a causa primária de 50% das mortes relacionadas com infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (GOTTLIEB, et al, 2005). Em 2013 o Ministério da Saúde aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dislipidemia – prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite, o qual tem caráter nacional e considera o risco global do paciente como critério de inclusão no tratamento com medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica CEAF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Neste contexto são disponibilizados gratuitamente estatinas (atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina e sinvastatina), fibratos (benzafibrato, ciprofibrato, etofibrato, fenofibrato e genfibrinozila) e ácido nicotínico. O financiamento de sinvastatina e ácido nicotínico é de responsabilidade municipal e os demais estadual. Em 2012/2013 os estados investiram R\$ 20.210.249,12 na aquisição deste grupo, representando 7% do gasto total com medicamentos do CEAF (BRASIL, 2014).

A disponibilidade de medicamentos é um fator primordial na saúde, especialmente em situações crônicas. Contudo, a complexidade dos tratamentos e dos processos de cuidado exige, cada vez mais, uma abordagem multiprofissional visando a orientação e o acompanhamento do uso correto dos medicamentos. Neste contexto o seguimento farmacoterapêutico (SFT) surge como um serviço clínico no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas aos medicamentos. O serviço objetiva contribuir com o sucesso terapêutico e a melhoria da qualidade de vida do usuário (OPS, 2002), interagindo com a equipe de saúde no processo de cuidado.

Corroborando com a afirmação de Costa e colaboradores (2004), esta nova prática exige um profissional mais consciente e focado no indivíduo que utiliza o medicamento considerando suas experiências, anseios, receios e comportamentos relacionados ao uso de medicamentos. Ao mesmo tempo, esta prática deve aproximar o profissional farmacêutico da equipe de saúde no processo de cuidado.

Neste contexto, é necessário conhecer características dos usuários de medicamentos relacionadas à demanda por SFT. Assim, este estudo objetivou analisar fatores socioeconômicos, risco cardiovascular e o interesse em um serviço de SFT, em usuários de atorvastatina do SUS, visando contribuir na definição de estratégias adequadas de orientação sobre o uso dos medicamentos e de interação do farmacêutico com a equipe de saúde.

3.3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo observacional entre fevereiro e maio de 2013 com usuários que recebem atorvastatina para tratamento de dislipidemia no município de Florianópolis. A população em estudo incluiu pessoas cadastradas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), da Farmácia Escola UFSC/PMF (FE/UFSC/PMF). Os usuários foram convidados a participar da pesquisa e após o aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme projeto aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres Humanos da UFSC - parecer 93.155 em 10/9/2012.

O tamanho de amostra foi calculado utilizando-se os seguintes parâmetros estatísticos (Morales P, 2012): população com dislipidemia (CID-E78) em tratamento com atorvastatina = 747 pessoas (dados internos da farmácia em 06/12/2012), margem de erro de 5%, nível de confiança de 95% e variância da população de 0,25. A partir do cálculo amostral foi definida uma amostra de 254 indivíduos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista na farmácia, utilizando questionário padronizado, o qual foi baseado em informações de estudos prévios (CUNICO C, 2011) e aplicado por uma farmacêutica e duas estagiárias do curso de Farmácia. As informações

foram obtidas diretamente dos usuários ou responsáveis pela medicação. Para a análise do risco cardiovascular considerou-se o Escore de Risco de Framingham (ERF), polimedicação e adesão.

A metodologia para estratificar o risco cardiovascular segundo o Escore de Risco de Framingham (ERF) consistiu na aplicação dos critérios dispostos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC,2007). O ERF estratifica o risco segundo os seguintes parâmetros: Idade, gênero, colesterol total, colesterol HDL, pressão arterial sistólica e tabagismo. Com o intuito de conferir os dados calculados segundo a SBC, foram utilizadas ferramentas de avaliação de risco disponíveis na internet. Estas ferramentas estão baseadas no Estudo do coração de Framingham (NHLBI, 2013).

Para a classificação da polimedicação, foram considerados não polimedicados indivíduos que utilizam um medicamento (somente atorvastatina); polimedicados menores, os que utilizam de dois a quatro medicamentos e polimedicados maiores, os que utilizam cinco ou mais medicamentos (BJERRUM L, et al,1999).

Com relação à adesão foi utilizado o questionário de Morisky. Foi considerada boa adesão ao tratamento hipolipemiante quando as respostas negativas ao questionário de Morisky foram $\geq 80\%$ e uma baixa adesão ao tratamento quando foram $< 80\%$ (MORISKY et al, 1986).

Ao final da entrevista, foram explicados os fundamentos do SFT e o serviço foi oferecido aos usuários. Imediatamente os pacientes declaravam interesse ou não interesse no serviço de acompanhamento farmacoterapêutico com o farmacêutico.

3.4 RESULTADOS

Foram entrevistados 254 usuários com uma média de idade de 63,5 anos (DP= 10,2) em mulheres e de 63,0 anos (DP= 9,5) em homens. Para serviços médicos e exames laboratoriais, 52% utilizavam somente o serviço de saúde público, 25,2% além de utilizar o serviço de saúde público, usavam também plano de saúde e 21,6% utilizavam plano de saúde exclusivamente.

A maioria dos usuários era do gênero feminino (58,3%) e 91,3% do total de participantes declararam cor/etnia branca. Quanto à ocupação principal 63,8% eram aposentados (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica dos usuários entrevistados (n= 254)

N - Número de usuários; *R\$* - Real =moeda corrente no Brasil.

VARIÁVEIS DE INTERESSE		N (%)
Gênero	Masculino	106 (41.7)
	Feminino	148 (58.3)
Etnia	Branco	232 (91.3)
	Negro	10 (3.9)
	Pardo	12 (4.7)
Escolaridade	Analfabetos	5 (2.1)
	Ensino Fundamental	124 (48.8)
	Ensino médio	66 (25.9)
	Ensino superior	59 (23.2)
Ocupação Principal	Estuda	4 (1.6)
	Trabalha	44 (17.3)
	Dona de casa	42 (16.5)
	Desempregado	2 (0.8)
	Aposentado	162 (63.8)
Renda Familiar	Entre R\$ 256,00 e R\$ 510,00	2 (0.8)
	R\$ 511,00 e R\$ 1020,00	65 (25.6)
	R\$ 1021,00 e R\$ 1530,00	42 (16.5)
	R\$ 1531,00 e R\$ 2550,00	54 (21.2)
	R\$ 2551,00 e R\$ 5100,00	63 (24.8)
	R\$ 5101,00 e R\$ 10.200,00	23 (9.1)
	Superior a R\$ 10.201,00	5 (2.0)

Em relação aos hábitos de vida (Pires et al,2004) encontramos que 55,9% dos entrevistados faziam exercício com regularidade, 71,7% informaram ter uma dieta balanceada baseada em frutas, verduras, água

em quantidade desejável e baixa ingestão de alimentos de origem animal que contém altas taxas de colesterol. Os relatos a respeito das técnicas de preparação dos alimentos (tirar fora a pele das aves antes da cocção e a gordura presente na carne vermelha) foram considerados adequados na maioria dos casos. Também foi relatada uma forte preferência no consumo de peixes.

Com relação ao tabagismo, encontramos que 46,9% dos usuários nunca fumaram, 47,6% eram ex-fumantes e 5,1% dos participantes mantinham o hábito do tabagismo, o cigarro foi o tipo de tabaco consumido (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização estilo de vida dos usuários entrevistados (n= 254)

N - Número de usuários.

VARIÁVEIS DE INTERESSE		N (%)
Frequência atividade física	Uma vez por semana (ocasionalmente)	38 (15.0)
	Várias vezes por semana	142 (55.9)
	Nunca	74 (29.1)
Tipo de Alimentação	Saudável	182 (71.7)
	Não saudável	72 (28.3)
Consumo de água	2 Litros ou mais ao dia	147 (57.9)
	Baixo consumo de água	107 (42.1)
Fumante	Atualmente	13 (5.1)
	Parou	121 (47.6)
	Nunca	119 (46.9)

As características clínicas dos entrevistados estão descritas na tabela 3. Em relação às comorbidades, 50,4% dos usuários relataram duas ou mais doenças concomitantes, entre as quais hipertensão e diabetes mellitus foram as mais frequentes. Sobre a ocorrência de algum evento cardiovascular prévio, 48,0% afirmaram que sim.

Tabela 3 - Caracterização clínica dos Usuários Entrevistados (n= 254)
N - Número de usuários; *DM* - Diabetes Mellitus; *ERF* - Escore de risco de Framingham.

VARIÁVEIS DE INTERESSE		N (%)
Doenças relacionadas		
	Hipertensão	55 (21.6)
	Diabetes Mellitus	10 (3.9)
	Hipotiroidismo	7 (2.7)
	Outra	21 (8.3)
	Nenhuma	32 (12.6)
	Dois ou mais doenças	128 (50.4)
Historia Familiar de DCV		
	Sim	188 (74.0)
	Não	64 (25.2)
Historia de colesterol Familiar		
	Sim	164 (64.6)
	Não	88 (34.6)
Evento Cardiovascular prévio		
	Sim	122 (48.0)
	Não	132 (52.0)
Risco Cardiovascular*		
	Risco baixo	122 (48.0)
	Risco Intermediário	67 (26.4)
	Risco Alto	9 (3.5)
	Incalculável	56 (22.0)
* calculado segundo Escore de Framingham		

O cálculo do ERF apontou que 3,5% dos participantes apresentam risco cardiovascular alto, 26,4% risco intermediário e 48,0%

risco baixo. Não foi possível calcular o ERF para 22,0% dos participantes devido a ausência de exames.

A maioria dos usuários fazia uso de medicamentos hipolipemiantes da classe das estatinas, sendo a atorvastatina 20 mg o mais prescrito (53,9%), 6,0% utilizavam ciprofibrato 100 mg, da classe dos fibratos (Tabela 4). Todos os usuários de ciprofibrato utilizavam este em associação com atorvastatina. A maioria dos participantes era de polimedicados maiores (55,5%).

Com relação à suspeita de Reação Adversa a Medicamentos (RAM), 24% dos participantes relataram dores musculares acompanhadas de câimbras. Segundo os informantes, eles nunca haviam relatado isto para algum profissional da saúde.

Com relação à adesão ao tratamento farmacológico, foi verificado que 27,2% dos participantes não eram aderentes.

Todos os indivíduos entrevistados foram questionados quanto à intenção de participar no programa de SFT oferecido e 107 (42,1%) aceitaram a oferta da consulta farmacoterapêutica personalizada. A manifestação de interesse no SFT foi maior entre as mulheres do que entre os homens (45,3% versus 37,7%).

Tabela 4 - Caracterização farmacoterapêutica dos usuários de atorvastatina da Farmácia Escola, entrevistados (n= 254).

VARIÁVEIS DE INTERESSE		N (%)
Polimedicação*	Maior	141 (55.5)
	Menor	93 (36.6)
	Não polimedicado	20 (7.9)
Medicamento utilizado	Atorvastatina 10 mg	117 (46.1)
	Atorvastatina 20 mg	137 (53.9)
Suspeita de RAM	Sim	61 (24.0)
	Não	193 (76.0)
Adesão ao tratamento	Boa adesão	185 (72.8)
	Baixa adesão	69 (27.2)

A tabela 5 relaciona o risco cardiovascular segundo o ERF versus a aceitação do serviço de SFT oferecido.

A análise entre o interesse em receber o serviço farmacoterapêutico e o risco cardiovascular calculado previamente apontou que mais da metade dos usuários com risco alto (55,5%) tem intenção e interesse em ter uma consulta farmacêutica especializada, embora menos da metade dos usuários com risco cardiovascular intermediário (32,8%) mostraram interesse em receber atenção personalizada com o farmacêutico.

Tabela 5 - Relação entre o ERF e a aceitação da oferta da consulta farmacoterapêutica personalizada.

VARIÁVEIS DE INTERESSE	N (%)	N Aceitaram o SFT (%)
Risco Alto	9 (3.5)	5 (55.5)
Risco intermediário	67 (26.4)	22 (32.8)
Risco baixo	122 (48.0)	64 (52.5)
Risco incalculável	56 (22.0)	16 (28.6)
TOTAL	254 (100.0)	107 (42.1)

N - Número de usuários; *ERF* - *Escore de risco de Framingham*.

Com relação aos usuários com risco baixo, foi verificado que 52,5% deles tem interesse em aceitar a oferta da consulta farmacêutica especializada. Entre os 56 usuários, para os quais não foi possível calcular o risco cardiovascular segundo o ERF, 16 mostraram interesse em receber atenção personalizada com o farmacêutico.

Em relação ao serviço, no período do estudo foi registrado desabastecimento de atorvastatina 20 mg nos meses de abril e maio. Alguns usuários (12,6%) relataram dificuldade em conseguir um agendamento médico para solicitar a realização de exames laboratoriais recentes. Além disso, alguns usuários (9,5%) não voltaram a retirar os medicamentos no local estudado.

3.5 DISCUSSÃO

A disponibilidade de medicamentos sem a garantia do uso adequado e o consequente benefício terapêutico não representa investimento em saúde, mas sim um aumento dos gastos, considerando tanto o custo de aquisição e distribuição dos medicamentos, quanto do tratamento dos agravos decorrentes do uso inadequado. As características sociodemográficas dos usuários deste grupo, com predomínio de idosos, com baixa escolaridade e renda, apontam para a necessidade de uma atenção maior na orientação sobre o uso adequado dos medicamentos, risco de reações adversas e de agravos decorrentes da doença, caracterizando um grupo a ser beneficiado com o serviço de SFT. A maioria de mulheres é coerente com dados epidemiológicos e com estudos comportamentais em saúde que demonstram maior preocupação por cuidar da saúde por parte das mulheres (GOMES et al, 2007). Este fato reforça a necessidade de estratégias direcionadas ao público masculino.

Em relação aos hábitos de vida, ex-fumantes e fumantes, pessoas sedentárias e a tendência de sobrepeso (ANVISA, 2011), apontam para a importância do serviço de SFT incluir aspectos relacionados a mudanças de hábitos de vida, proporcionando orientações neste sentido e buscando serviços de apoio multiprofissional. A aderência do paciente no que se refere à mudança do estilo de vida continua sendo uma grande dificuldade no tratamento (PIRES et al,2004).

A presença de comorbidades como diabetes e hipertensão e evento cardiovascular prévio indicam tratamentos complexos, coerente com os dados de polimedicação. Estes pacientes necessitam orientação adequada sobre a guarda dos medicamentos e mecanismos que auxiliem no momento da administração, evitando trocas e esquecimentos, bem como sobre o risco de interações medicamentosas e o seu manejo.

A ausência do relato a algum profissional da saúde a respeito da suspeita de RAM no momento em que ocorreu o evento, denota falha no sistema de comunicação usuário-farmacêutico ou usuário-médico. Neste sentido, destaca-se que o papel do farmacêutico no acompanhamento do tratamento e o contato do farmacêutico com o profissional médico são

fundamentais para a segurança do paciente. O farmacêutico pode assumir o papel de mediador da comunicação. Os achados de Gehi e colaboradores (2007) sugerem que os auto-relatos podem ser um método simples e fácil para identificar pacientes com risco de eventos adversos cardiovasculares e com problemas na adesão ao tratamento farmacológico.

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso foi encontrada em 27,2% dos casos. Um estudo de 2001 (MANSUR AP, et al, 2001) encontrou que 26% dos pacientes não foram aderentes às estatinas, e que para 67% o motivo foi o custo elevado, em 31% por falhas de orientação e em apenas 2% por efeitos colaterais. Observa-se que, mesmo com o acesso gratuito aos medicamentos, a baixa adesão é relevante. A adesão ao tratamento é um fator de preocupação dos profissionais da saúde, pois dela depende o sucesso da terapia proposta para o controle, cura ou prevenção de uma patologia. A não adesão é particularmente importante para pacientes com condições crônicas, pois leva a complicações evitáveis da doença, redução das capacidades funcionais, menor qualidade de vida e, muitas vezes, morte prematura (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Resultados do estudo de Oliveira-Filho (2014), sugerem que os métodos de auto-relato para medir o comportamento de tomada de medicamentos, podem ser integrados à visita clínica na qual o profissional da saúde interage com os pacientes fornecendo um feedback imediato e proporcionando um reforço para o comportamento de boa adesão.

A avaliação do risco cardiovascular segundo o ERF é um dos indicativos para a definição dos usuários que precisam da atuação do farmacêutico, de modo a assegurar-lhes a prioridade do acesso. Contudo, os dados corroboram que a gravidade da doença não predispõe para ter interesse em receber o serviço de SFT.

O conhecimento da população alvo, possibilita detectar dois comportamentos dos participantes: usuários que tem interesse e disponibilidade para participar do SFT, mas que não tem necessidade de SFT (segundo o ERF), assim como usuários que apresentando

necessidade de receber o serviço farmacêutico não tem disponibilidade ou interesse em participar.

O serviço de SFT deve apresentar uma estreita relação com os serviços de gestão. Os problemas de desabastecimento devem ser discutidos, tanto no sentido da resolução dos problemas de gestão, quanto no sentido da viabilidade da continuidade do tratamento no período de desabastecimento. Da mesma forma, as dificuldades de acesso aos exames laboratoriais devem mobilizar a equipe no sentido da solução do problema, visando a não interrupção do tratamento. Frequentemente, o que se observa nos serviços farmacêuticos é que a resolução destes problemas é colocada sob a responsabilidade do usuário ou da gestão. O serviço farmacêutico clínico não assume sua corresponsabilidade na busca de soluções.

3.6 CONCLUSÕES

A complexidade dos fatores envolvidos no uso de medicamentos demanda abordagens diferenciadas de orientação e acompanhamento do uso correto destes recursos, visando a obtenção dos benefícios e minimização de riscos. O planejamento e a implementação do serviço de SFT devem considerar a heterogeneidade do perfil dos usuários, incluindo suas decisões pessoais.

Os dados mostram a necessidade de confrontar as premissas do serviço com o interesse dos usuários, no sentido de pensar estratégias diferenciadas de atendimento. É preciso analisar as características e motivos dos usuários que teriam necessidade de um acompanhamento personalizado, do ponto de vista profissional, mas não tem interesse ou disponibilidade. Por outro lado, os usuários que manifestaram interesse, mas não representariam a prioridade, do ponto de vista dos profissionais, também precisam ter suas necessidades atendidas.

As características e interesses dos indivíduos incluídos neste estudo refletem, em geral, a importância da conduta participativa dos usuários na implementação do SFT. A integração do usuário neste processo determinará as características que o serviço precisa para atingir as metas desejadas e otimizar os recursos disponíveis.

4. SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE USUÁRIOS DE ATORVASTATINA DO CEAF: QUEM NECESSITA?

4.1. RESUMO

Objetivo: Analisar, a partir das situações de risco cardiovascular e do interesse dos usuários de atorvastatina, critérios para uma triagem de priorização para oportunizar SFT para estes usuários.

Desenho: Estudo descritivo observacional.

Âmbito do estudo: Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, entre fevereiro e maio de 2013.

Participantes: 254 usuários cadastrados no CEAF e que receberam atorvastatina como tratamento para dislipidemia na FE/UFSC/PMF.

Resultados: A manifestação de interesse no SFT foi maior entre as mulheres do que entre os homens (45,3% versus 37,7%). Foram propostos três níveis de prioridades para o SFT. Considerando os critérios estabelecidos pelo serviço e o interesse dos usuários, na prioridade 1 seriam atendidos 5,1% dos usuários de atorvastatina. Na prioridade 2 seriam atendidos 23,2% dos usuários e na prioridade 3, 13,8%. Contudo, 57,9% não manifestaram interesse no SFT, apesar de muitos serem considerados prioritários, de acordo com os critérios estabelecidos pelo serviço. Estes dados apontam para a importância da definição de estratégias de comunicação que incitem a participação dos usuários que não manifestaram interesse, bem como para aqueles que manifestaram interesse, mas não se enquadram nas prioridades.

Conclusão: A avaliação das necessidades possibilita a identificação dos usuários que precisam da atuação do farmacêutico, de modo a assegurar-lhes a prioridade do acesso.

Palavras chave: Seguimento farmacoterapêutico, necessidade social, atorvastatina, triagem de prioridades.

4.2 INTRODUÇÃO

“Necessidade em saúde” é uma questão complexa, discutida, tanto do ponto de vista teórico, quanto da organização dos serviços. McGregor, Camfield e colaboradores (2009) trabalharam conceitualmente “necessidades humanas” e apontam que uma pessoa ‘em necessidade’ é aquela que requer assistência de outros, tanto no que diz respeito às necessidades relativas ao bem estar pessoal, quanto ao bem estar coletivo e institucional.

Bradshaw (1972) apresenta uma proposta de “Taxonomia da necessidade social”, na qual as necessidades sociais são classificadas em:

- ü Necessidade normativa - padrão de necessidades definidas profissionalmente (pelos profissionais e/ou pelos serviços, caracterizados por meio de protocolos, fluxos e normas);
- ü Necessidade sentida – é a necessidade expressa e corresponde ao desejo da população, ou seja, é a necessidade sentida transformada em ação (chamada de demanda);
- ü Necessidade comparativa - correspondente ao déficit de uma população quando comparado à outra de características semelhantes).

Frequentemente, os serviços de saúde são estruturados considerando apenas as necessidades normativas. Contudo, o modelo de Bradshaw (1972), aponta que a proposição de um serviço novo deveria levar em consideração tanto a necessidade normativa, quanto a necessidade sentida. Jeffers, Bognanno e colaboradores (1971) apontaram que a necessidade sentida pode determinar a aceitação do serviço.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem reafirmado o Humaniza SUS, programa que entre suas diretrizes trabalha na melhoria dos processos de acolhimento dos serviços de urgências (BRASIL, 2009). Por meio deste

programa surgiu a lógica da classificação do risco e foi identificada a necessidade de planejar uma triagem de prioridades nos serviços de urgências do Brasil.

No que diz respeito aos serviços farmacêuticos, não foram encontrados estudos no sentido de definir prioridades para o seguimento farmacoterapêutico. Castro e Correa (2014) afirmam que nem todos os pacientes necessitam de auxílio para a tomada de seus medicamentos e para alguns mais uma consulta com mais um profissional é inconveniente. Este fato nem sempre é considerado nos estudos publicados, refletindo, muitas vezes, em resultados controversos a respeito dos benefícios da atenção farmacêutica.

A Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio de um convênio com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, disponibiliza os medicamentos dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica (CBAF e CEAF). Como espaço de ensino-serviço, busca desenvolver projetos de qualificação da assistência farmacêutica. No período do estudo, oferecia seguimento farmacoterapêutico para os usuários com Parkinson e, posteriormente, também artrite reumatoide. O processo de implementação do serviço de SFT para as demais patologias ainda é um desafio, pois existem fatores como falta de instalações físicas para proporcionar o atendimento especializado, desequilíbrio na relação demanda/cobertura no atendimento, sobrecarga do farmacêutico nas funções de gestão, número limitado de profissionais farmacêuticos com perfil clínico e carência de uma metodologia que permita aperfeiçoar a oferta do serviço.

Baseados nessa informação, o artigo propõe analisar, a partir do perfil dos pacientes, critérios de necessidade, do ponto de vista do serviço, caracterizada como necessidade normativa, comparativamente ao interesse dos usuários no SFT. Para o estudo, o questionamento a respeito do interesse dos usuários no SFT é caracterizado como necessidade sentida. Esta análise pode subsidiar o estabelecimento de prioridades para o atendimento, visando desenhar uma metodologia que permita otimizar os recursos materiais e humanos e que facilite a implementação do serviço clínico nos diferentes âmbitos de atuação do

farmacêutico. Desta forma, espera-se contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados e aumentar o grau de satisfação dos usuários relativo ao atendimento farmacêutico.

Asadi (2003) afirma que para melhorar a qualidade dos serviços de saúde é importante conhecer as necessidades dos usuários e dos serviços oferecidos, além de utilizar os recursos completa e apropriadamente. Asadi descreve algumas definições comuns do termo necessidade e discute as vantagens e desvantagens em relação a prestação de serviços de saúde.

O presente estudo utiliza o tratamento para dislipidemia com atorvastatina, no âmbito do CEAF como modelo de análise das necessidades em saúde para a proposição de um serviço de seguimento farmacoterapêutico. Esta análise possibilita inferências sobre a utilização do serviço, bem como o estabelecimento de estratégias que favoreçam o seu uso. Willard (1982) alerta que os profissionais devem organizar os serviços considerando as necessidades em saúde e aponta que a complexidade do problema, envolve crenças, atitudes, opiniões familiares, de líderes religiosos, figuras políticas e do próprio usuário.

4.3 METODOLOGIA

A partir do estudo descritivo observacional, realizado entre fevereiro e maio de 2013 com usuários que recebem atorvastatina como tratamento para dislipidemia em um município do sul do Brasil, estabeleceu-se o perfil sociodemográfico, farmacoterapêutico e clínico dos usuários. A população em estudo incluiu 254 pessoas cadastradas no CEAF da Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina FE UFSC/PMF. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC - parecer 93.155 em 10/9/2012.

Os usuários ou cuidadores foram entrevistados e os dados coletados foram organizados em três domínios: 1) dados sociodemográficos, 2) dados do tratamento farmacológico, e 3) dados

clínicos. Também foi verificado o interesse do usuário no serviço de SFT.

O domínio sociodemográfico incluiu a idade e a escolaridade. Em relação à idade, considerou-se que os pacientes idosos (idade >60 anos) podem apresentar maior necessidade de um acompanhamento farmacoterapêutico. Em relação à escolaridade, a baixa escolaridade (\leq oito anos de estudo) pode estar relacionada à maior dificuldade na compreensão da terapia e, portanto, maior necessidade de acompanhamento farmacoterapêutico.

No domínio do tratamento farmacológico, foram considerados dados de suspeita de RAM, polimedicação e de adesão como determinantes da necessidade de SFT, de acordo com os seguintes conceitos:

- Classificação da polimedicação: O modelo de Bjerrum e colaboradores (1999), classifica os indivíduos que utilizam só um medicamento como **não polimedicados** (somente atorvastatina), os que utilizam de dois a quatro medicamentos são considerados **polimedicados menores** e os que utilizam cinco ou mais medicamentos **polimedicados maiores**.
- Adesão ao tratamento hipolipemiante: **boa adesão**, quando as respostas adequadas ao questionário de Morisky foram $\geq 80\%$ e uma **baixa adesão** ao tratamento quando $< 80\%$ (MORISKY et al., 1986).

No domínio relacionado aos dados clínicos foram considerados como critérios de necessidade de SFT a existência de comorbidades, a existência de eventos cardiovasculares prévios e o risco cardiovascular, segundo o Escore de Risco de Framingham (ERF). O cálculo do ERF envolveu os resultados de exames laboratoriais recentes (Colesterol Total, LDL, HDL, Triglicerídeos, CK), idade, gênero, pressão arterial sistólica e tabagismo.

A metodologia para avaliar o risco de apresentar eventos cardiovasculares (ECV) aplicando o Escore de Risco de Framingham

(ERF), está descrita no capítulo 3. O ERF identifica indivíduos de alto, intermediário e baixo risco cardiovascular. Foi considerado como critério para o SFT, um risco alto ou intermediário.

A classificação do risco cardiovascular segundo o ERF foi realizada para 78,0% dos participantes (198 usuários cumpriram os critérios necessários para calcular o ERF).

A partir destes critérios foram investigados o número de indivíduos que cumpriam cada um dos critérios ou um, dois ou três critérios de cada um dos domínios (sociodemográfico, farmacoterapêutico e clínico) e o número de indivíduos que manifestaram interesse no SFT (Figura 1).

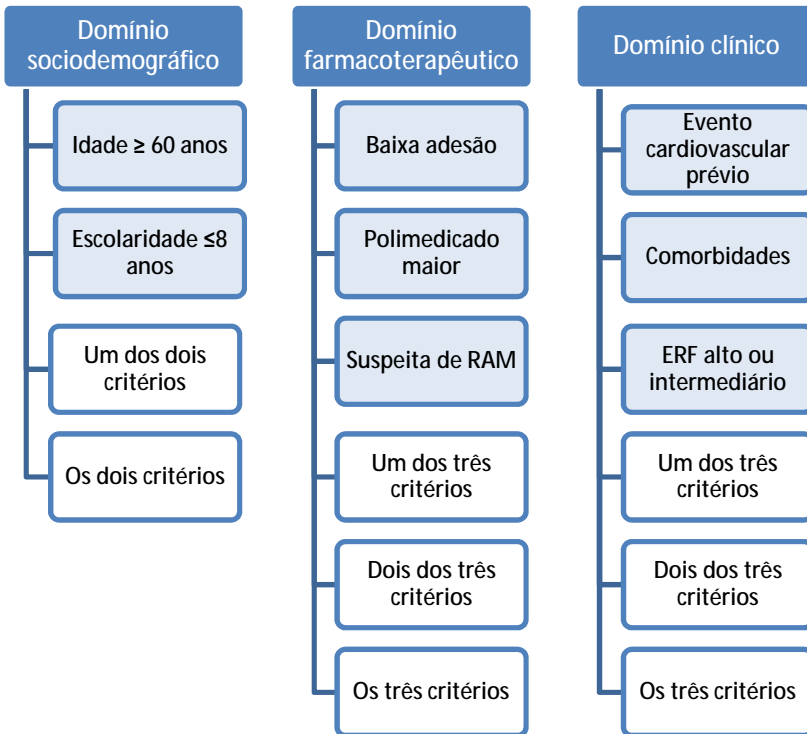


Figura 1. Representação gráfica dos critérios, segundo os domínios sociodemográfico, farmacoterapêutico e clínico, considerados na análise da necessidade de SFT, do ponto de vista do serviço.

Para a priorização assumiu-se que pelo menos um critério do domínio farmacológico e um do domínio clínico deveriam estar presentes e que os critérios sociodemográficos poderiam estar ausentes. Desta forma seriam possíveis 27 combinações ou cenários. Para cada combinação foram determinados o número de indivíduos que cumpriam o critério (necessidade normativa) (Tabela 6).

O número total de indivíduos que manifestaram interesse no SFT corresponde à necessidade sentida. O número de indivíduos que cumpriam o critério e que tinha interesse no SFT subsidiaram a definição das prioridades.

4.4 RESULTADOS

Nas figuras 2, 3 e 4 são apresentados os dados do percentual de pacientes que cumpre os critérios de cada domínio eo percentual de pacientes que cumpre os critérios de cada domínio e que manifestou o interesse. O círculo preto representa, entre os usuários que cumprem o critério, o percentual que manifestou interesse em aceitar a oferta da consulta farmacêutica especializada.

Tabela 6 - Descrição dos cenários possíveis, considerando os critérios a serem atendidos para os domínios sociodemográfico farmacoterapêutico e clínico, considerados na análise da necessidade de SFT, do ponto de vista do serviço.

Cenário	N. de critérios Sócio- demográficos	N. de critérios Farmaco- terapêuticos	N. de critérios Clínicos
AA	2	3	3
A	1	3	3
B	0	3	3
C	2	2	3
D	1	2	3
E	0	2	3
F	2	1	3
G	1	1	3
H	0	1	3
I	2	3	2
J	1	3	2
K	0	3	2
L	2	2	2
M	1	2	2
N	0	2	2
O	2	1	2
P	1	1	2
Q	0	1	2
R	2	3	1
S	1	3	1
T	0	3	1
U	2	2	1
V	1	2	1
W	0	2	1
X	2	1	1
Y	1	1	1
Z	0	1	1

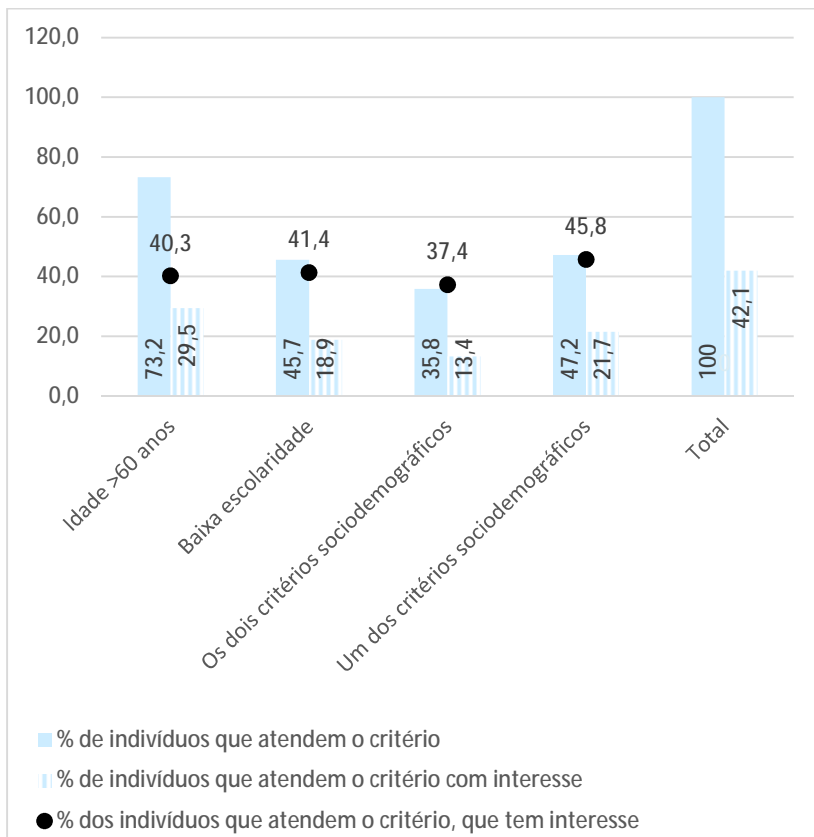


Figura 2. % de indivíduos que cumprem os critérios do domínio sociodemográfico, considerados na análise da necessidade de SFT, do ponto de vista do serviço, e que tem interesse no SFT.

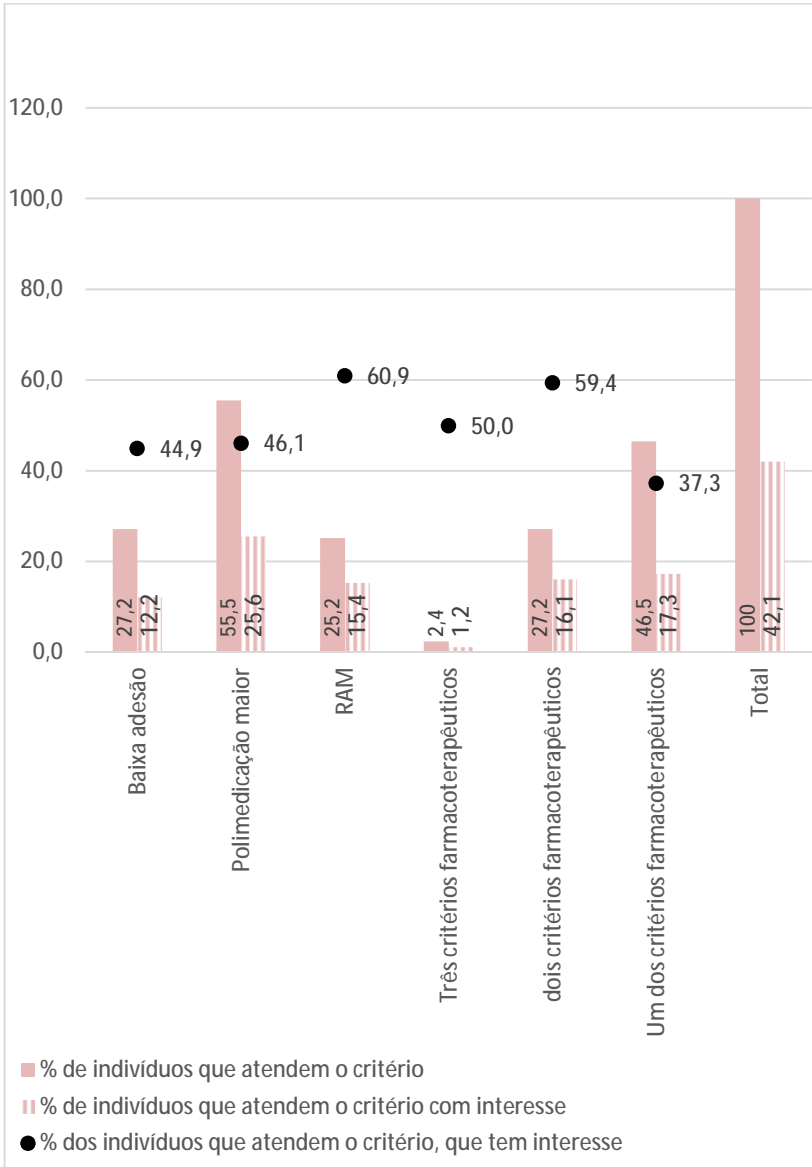


Figura 3. % de indivíduos que cumprem os critérios do domínio farmacoterapêutico, considerados na análise da necessidade de SFT, do ponto de vista do serviço, e que tem interesse no SFT.

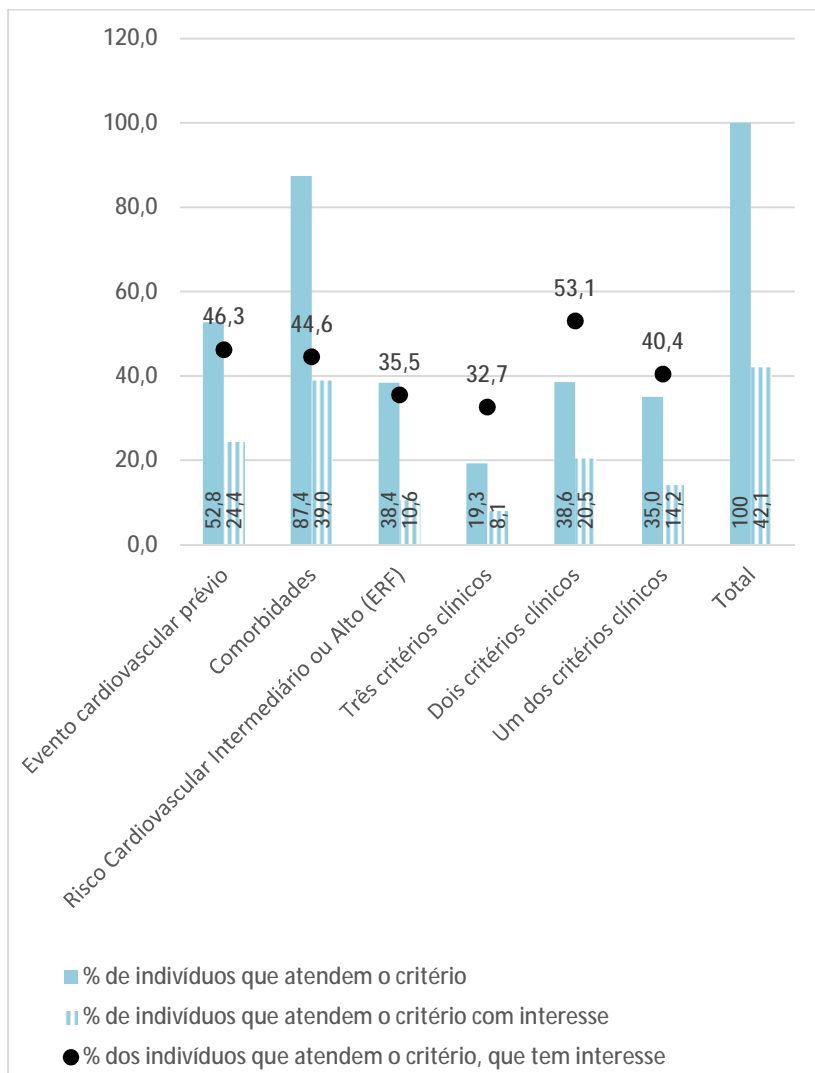


Figura 4. % de indivíduos que cumprem os critérios do domínio clínico, do ponto de vista do serviço, e que tem interesse no SFT.

Na Tabela 7 são apresentados os dados do número de indivíduos que cumprem os critérios de cada cenário e aqueles que informaram ter interesse no serviço de SFT.

Considerando os dados da Tabela 7, foram estabelecidas três prioridades, conforme a Figura 5. Para as prioridades 1 e 2 foram consideradas as situações mais relevantes, do ponto de vista do serviço. Na prioridade 3 foram considerados todos as demais situações.

Tabela 7 - Análise do número de indivíduos incluídos em cada cenário, considerando o atendimento aos critérios, do ponto de vista do serviço, e o número de indivíduos que interesse no serviço de SFT em cada cenário.

Cenário	N. de critérios sócio-demográficos	N. de critérios Farmaco-terapêuticos	N. de critérios Clínicos	N. total de usuários incluídos	N. de usuários incluídos e interessados no SFT
A	1	3	3	2	1
C	2	2	3	5	1
D	1	2	3	6	2
F	2	1	3	10	3
G	1	1	3	18	6
I	2	3	2	1	1
J	1	3	2	2	1
L	2	2	2	11	6
M	1	2	2	16	12
N	0	2	2	7	4
O	2	1	2	14	6
P	1	1	2	24	11
Q	0	1	2	7	2
T	0	3	1	1	0
U	2	2	1	9	5
V	1	2	1	9	7
W	0	2	1	4	4
X	2	1	1	16	5
Y	1	1	1	12	5
Z	0	1	1	11	5
AA	2	3	3	0	0
B	0	3	3	0	0
E	0	2	3	0	0
H	0	1	3	0	0
K	0	3	2	0	0
R	2	3	1	0	0
S	1	3	1	0	0
Outros critérios				69	20
Total				254	107

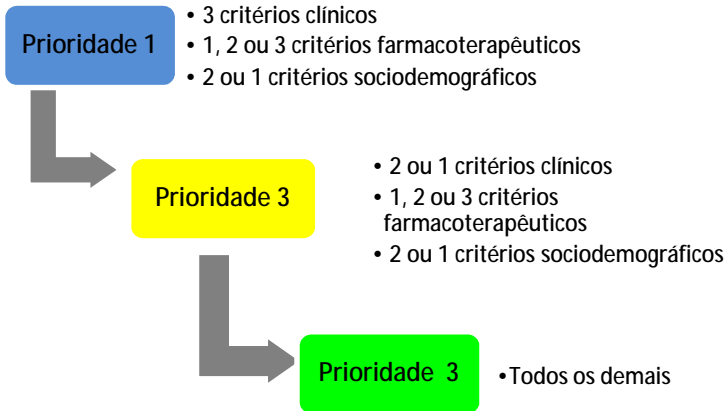


Figura 5. Critérios estabelecidos para cada uma das prioridades de inclusão de pacientes em no SFT, do ponto de vista do serviço.

Na Figura 6 são apresentados os percentuais, do total de indivíduos estudados, que seriam incluídos em cada uma das prioridades estabelecidas do ponto de vista do serviço, bem como os que manifestaram interesse. O círculo preto representa, entre os usuários que cumprem o critério, o percentual que manifestou interesse em aceitar o SFT.

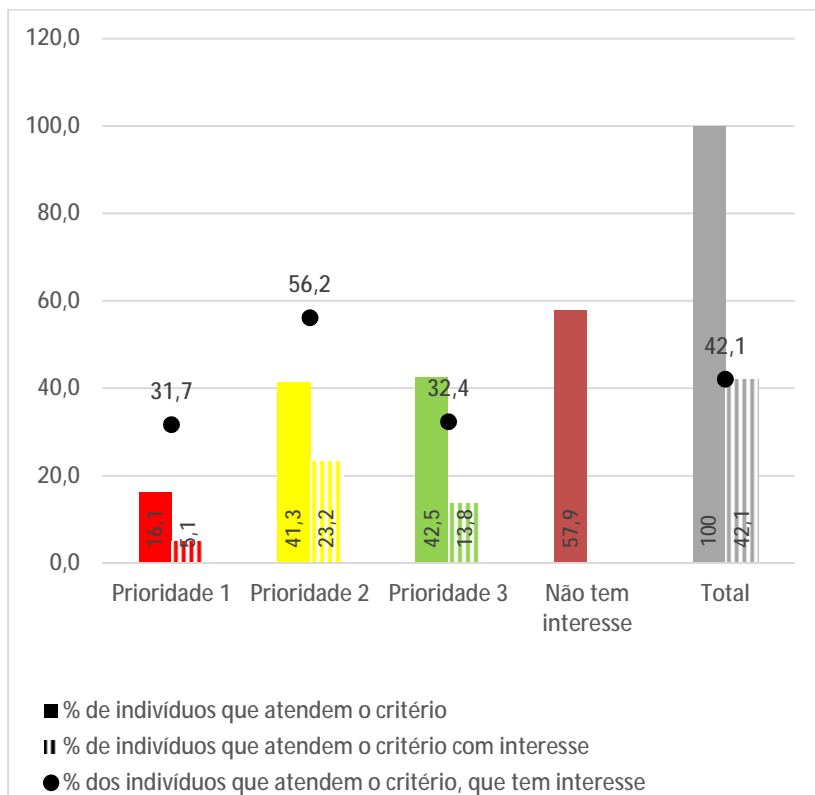


Figura 6. Representação gráfica referente aos percentuais de indivíduos que atendem aos critérios nas prioridades 1, 2 e 3.

4.5 DISCUSSÃO

A manifestação de interesse no SFT foi maior entre as mulheres do que entre os homens (45,3% versus 37,7%) o que é coerente com estudos comportamentais em saúde que demonstram maior preocupação por cuidar da saúde por parte das mulheres (GOMES, et al,2007).

Nas Figuras 2, 3 e 4 observa-se que, em geral, a necessidade normativa não corresponde à necessidade sentida, com uma média de 44,8% dos indivíduos incluídos nos diferentes critérios estabelecidos manifestaram interesse no SFT.

Analisando os dados de acordo com os cenários (Tabela 7), observa-se que em alguns cenários nenhum indivíduo foi incluído ou manifestou interesse e, em quase todos o número de indivíduos que manifestou interesse foi menor.

A análise dos dados das três prioridades (Figura 6) mostra que, considerando os critérios estabelecidos pelo serviço e o interesse dos usuários, na prioridade 1 seriam atendidos 5,1% dos usuários de atorvastatina. Na prioridade 2 seriam atendidos 23,2% dos usuários e na prioridade 3, 13,8%. Contudo, 57,9% não manifestaram interesse no SFT, apesar de muitos serem considerados prioritários, de acordo com os critérios estabelecidos pelo serviço.

A partir da priorização e da identificação do interesse é possível definir estratégias de comunicação que incitem a participação dos usuários que não manifestaram interesse, bem como para aqueles que manifestaram interesse, mas não se enquadram nas prioridades.

A conduta participativa dos usuários no estabelecimento de uma rotina e na implementação do SFT na FE UFSC/PMF permitiu identificar que a metade dos participantes que rejeitaram a consulta foram considerados pelo serviço como público alvo prioritário. Para estes casos seria interessante investigar os motivos do não interesse no SFT.

4.6 CONCLUSÕES

A avaliação das prioridades possibilitou a identificação dos usuários que precisam da atuação do farmacêutico, de modo a assegurar-lhes a preferência do acesso.

Com base nesses resultados, é possível planificar um serviço de SFT para pacientes com dislipidemia segundo estratégias diferenciadas de atendimento. É necessário planejar um serviço focado nos usuários que tem necessidade de um acompanhamento personalizado, mas não tem interesse ou disponibilidade, bem como para aqueles que tem interesse, mas não representariam a prioridade, do ponto de vista dos fatores de risco.

5 INFORMAÇÃO EM SAÚDE: APRECIÇÃO DA QUALIDADE E LEGIBILIDADE DE UM FOLHETO INFORMATIVO IMPRESSO SOBRE DISLIPIDEMIA

5.1 RESUMO

Objetivos: Desenvolver, avaliar e validar materiais educativos impressos (MEI) como instrumento de orientação farmacêutica ao usuário com dislipidemia.

Desenho do estudo: Descritivo observacional

Âmbito-período do estudo: Farmácia Escola da Universidade Federal de Santa Catarina (FE UFSC/PMF) nos meses de fevereiro a setembro de 2013.

Participantes: Dois professores do Curso de Graduação em Farmácia e 9 usuários cadastrados no CEAF com dislipidemia que participaram anteriormente da pesquisa “Seguimento farmacoterapêutico de usuários de atorvastatina do CEAF: quem necessita?”.

Intervenção: Os participantes foram selecionados aleatoriamente, considerando como variável de seleção a escolaridade. O material desenvolvido incluiu informações sobre a doença, hábitos saudáveis e dados sobre o tratamento farmacológico com atorvastatina. Além do conteúdo, três quesitos principais foram considerados: A linguagem, as ilustrações e o layout.

Resultados: O MEI foi aprovado tanto pelos docentes, quanto por 100% dos usuários.

Conclusão: Antes de elaborar um MEI é importante conhecer o perfil da população alvo e planejar o material com base nessa informação. A inclusão dos usuários no processo de avaliação e validação do material

determinou a qualidade e as características do MEI. A linguagem, as ilustrações e o layout foram fundamentais no processo de entendimento da informação.

Palavras chave: Elaboração e avaliação, Materiais educativos impressos, atorvastatina.

5.2 INTRODUÇÃO

A educação em saúde constitui-se tanto como um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER, 2006).

Nessa perspectiva, os materiais educativos têm sido considerados valiosos instrumentos no campo da educação em saúde pelo seu caráter informativo. Mas, não se pode tomar como verdadeira e linear a suposição de que mais informação é igual a maior autonomia. Os sujeitos estão inseridos em uma complexa rede de relações sociais e seus comportamentos e suas práticas cotidianas e não são guiados por uma única racionalidade (NOGUEIRA; LEANDRO; SCHALL, 2009). Cabe a cada indivíduo a decisão de aceitar ou rejeitar as novas informações.

Com o objetivo de conhecer a realidade na qual se deseja intervir e as necessidades que os usuários apresentam foi programada uma consulta prévia aos usuários de atorvastatina. A consulta considerou a escolaridade dos usuários, dado relevante na elaboração do MEI.

Desta forma, os materiais educativos são estratégias de educação destinadas à população com intenção de intervir na realidade. Estes devem ser utilizados como meios educativos que respeitem identidades e contribuam para a construção de saberes em relação à saúde.

Além de conhecer o público ao qual se destina esta informação, algumas questões precisaram ser pensadas previamente à elaboração de um MEI, como, por exemplo, o conteúdo da informação que se deseja transmitir, o meio de comunicação mais adequado e o melhor tratamento da informação. Segundo Morato e Rossi, tais questões fazem perceber que cada área do conhecimento e cada público alvo requerem diferentes características, as quais devem ser levadas em consideração durante a elaboração dos materiais (MORATO et al, 1998; ROSSI et al, 2012).

Paulo Freire (2008), em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, indica a importância da prática do diálogo, enfatizando a capacidade de ouvir o outro, perceber as diferenças e singularidades dos indivíduos e, a partir destas atividades, planejar a elaboração de materiais educativos para a população. Diercks e Pekelman (2007) afirmam que elaborando materiais educativos a partir da discussão de grupos, com abordagens específicas para cada público alvo, há uma ação em saúde eficaz e permanente.

Neste contexto, o MEI desenvolvido atuará como objeto facilitador do aprendizado. A definição de MEI afasta o entendimento de ser apenas um objeto que oferece informação, mas sim uma ferramenta que apoia o desenvolvimento de uma experiência de aprendizado, ou seja, leva a uma mudança e incremento de conceitos, percepções, habilidades e atitudes (KAPLÚN, 2008).

Segundo Verdi e colaboradores, no modelo de educação em saúde procura-se superar a dicotomia profissional/paciente, aquele que sabe/aquele que aprende, aquele que determina/aquele que obedece. O indivíduo passa a ser visto como um sujeito com potencial crítico, criativo, transformador da realidade e, sobretudo, capaz de decidir a respeito de sua saúde (VERDI, BUCHELE, SILVA, 2010).

Moreira e colaboradores afirmam que um material educativo deve propiciar o desenvolvimento de atitudes, habilidades, autonomia e compreensão crítica sobre o processo saúde-doença, tornando as pessoas capazes de compreender como as próprias ações influenciam seu padrão de saúde. Neste sentido, são uma alternativa para promover o Uso Racional de Medicamentos (URM), tornando a intervenção farmacêutica

mais efetiva, aumentando a possibilidade de resultados terapêuticos positivos (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2003).

Na nossa experiência profissional, observamos que os materiais educativos impressos não atingem os objetivos estabelecidos principalmente por não considerarem a população alvo e por não avaliarem o MEI desenvolvido.

Para a elaboração e avaliação de MEI para pacientes com dislipidemia foram adotadas as recomendações de Moreira e colaboradores.

O MEI elaborado auxiliará o farmacêutico durante o seguimento farmacoterapêutico de pacientes com risco de eventos cardiovasculares e será entregue ao usuário com o objetivo de empoderá-lo sobre sua saúde.

5.3 METODOLOGIA

A Metodologia para elaboração do material educativo impresso consistiu no desenvolvimento dos seguintes itens:

Passo 1: Caracterização preliminar dos sujeitos do estudo: Definição do perfil socioeconômico e clínico dos usuários.

Foi realizado um estudo descritivo observacional nos meses de fevereiro a setembro de 2013, no qual foram incluídos 254 usuários portadores de dislipidemia em tratamento com atorvastatina no Município de Florianópolis. A população em estudo incluiu pessoas cadastradas no CEAF da FE UFSC/PMF. (Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC - parecer 93.155 em 10/9/2012).

Passo 2: Organização do material em uma única cartilha: a partir das informações coletadas se organizou uma única cartilha didático-instrucional (MEI).

Para a elaboração do MEI foi realizada uma busca na literatura utilizando os seguintes assuntos: educação em Saúde, elaboração de materiais educativos, comunicação escrita, dislipidemia, tratamento farmacológico e não-farmacológico para dislipidemia, atorvastatina, doenças cardiovasculares e hábitos saudáveis.

O processo de construção do MEI incluiu a formação de uma equipe de elaboração composta por 3 estudantes do curso de Farmácia da UFSC e uma equipe de orientação composto por 3 farmacêuticas da Farmácia Escola UFSC/PMF.

Foram propostos encontros semanais para socialização a discussão dos conteúdos, assim como para fazer as correções pertinentes. O MEI desenvolvido se apresenta no anexo 1.

Passo 3: Avaliação do material por parte de uma banca examinadora formada por professores do curso de Farmácia da UFSC, como parte do processo de avaliação de um Trabalho de conclusão de Estágio Supervisionado em Farmácia no segundo semestre de 2013.

As modificações propostas pela banca examinadora foram incorporadas na versão a ser validada pelos usuários. Os usuários avaliadores foram selecionados aleatoriamente durante os atendimentos habituais na FE UFSC/PMF.

Passo 4: Construção de um questionário para avaliar o material pelos usuários.

Foi realizada uma busca na literatura utilizando os seguintes assuntos: MEI, avaliação, educação em saúde, elaboração de materiais educativos, comunicação escrita. A construção do questionário para avaliar o material pelos usuários foi fundamentada na versão modificada de Doak e Root (1996).

Passo 5: Avaliação do material pelo público alvo.

Dos 254 usuários, foram selecionados 9 participantes segundo sua escolaridade. Sendo assim, participaram aleatoriamente 3 usuários com ensino fundamental, 3 usuários com ensino médio e 3 usuários com ensino superior. Cada usuário demorou aproximadamente uma hora, sendo que na primeira meia hora o material foi lido e na sequência avaliado utilizando o questionário desenvolvido para este fim (ANEXO 2).

Não foi possível realizar a avaliação do MEI pelos usuários identificados como analfabetos, devido ao número reduzido deles e a falta de retorno à FE. Embora as ilustrações tenham sido cuidadosamente selecionadas pensando neste público alvo.

O cálculo do número de participantes que fizeram a avaliação do material foi baseado em estudos prévios (LABES E. 1998; MARCONI M, LAKATOS E, 2007).

O formulário de avaliação e as características avaliadas no MEI pelos usuários é apresentado no anexo 2.

5.4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com os passos desenvolvidos na metodologia:

Passo 1: Caracterização preliminar dos sujeitos do estudo. Previa à elaboração do MEI foram coletadas as características dos usuários descritas nas tabelas 1, 2,3 e 4.

Conforme descrito no capítulo 2, o grupo de usuários é composto principalmente por aposentados com escolaridade baixa (analfabetos 2,1%; ensino fundamental 48,8% e ensino médio 25,9 %), com histórico de doenças cardiovasculares e que já sofreram algum evento cardiovascular. No grupo existem usuários fumantes (5,1%), sedentários (29,1%), diabéticos com hipertensão e não aderentes ao tratamento (27,2%). Todas essas características foram consideradas na construção da cartilha.

Passo 2: O resultado deste passo é o MEI desenvolvido. (ANEXO 1)

Passo 3: Avaliação do material por parte de uma banca examinadora de graduação. O material desenvolvido foi o resultado do Trabalho de conclusão de Estágio Supervisionado em Farmácia e recebeu como conceito aprovado.

Passo 4: O resultado da construção de um questionário para avaliar o material pelos usuários se apresenta na Tabela 8.

Passo 5: Avaliação do material pelo público alvo.

Os resultados da avaliação foram positivos, sendo que todos os avaliadores concordaram que o material desenvolvido era de fácil compreensão e continha informações relevantes ao contexto-realidade dos usuários e, portanto, não houve necessidade de fazer reajustes e/ou modificações ao documento original.

Tabela 8 - Resultados avaliação do material pelos usuários.

Característica do MEI avaliada	Concordam parcialmente	Concordam totalmente	Total de usuários avaliadores
Cumprimento no objetivo da cartilha			
A cartilha tem informações relevantes para o tratamento da dislipidemia		9 (100%)	9
A cartilha entrega ferramentas para tomar decisões respeito ao seu problema de saúde		9 (100%)	9
Organização da informação			
A capa é atraente e indica o conteúdo da cartilha (a capa permite que o leitor capte a mensagem principal)	1 (11,1%)	8 (88,9%)	9
A cartilha é de leitura agradável		9 (100%)	9
A sequência dos tópicos é adequada		9 (100%)	9
O número de páginas está adequado		9 (100%)	9
A qualidade da impressão e do papel é apropriada		9 (100%)	9
O texto possibilita interação com aconselhamento oral		9 (100%)	9
O material tem espaços em branco que permitam fazer anotações	1 (11,1%)	8 (88,9%)	9

Característica do MEI avaliada	Concordam parcialmente	Concordam totalmente	Total de usuários avaliadores
Apresentação da informação			
A linguagem é explicativa e clara		9 (100%)	9
O estilo de redação é adequado		9 (100%)	9
O vocabulário empregado é composto, em sua maioria, por palavras comuns e simples		9 (100%)	9
O texto é interessante e o tom amigável		9 (100%)	9
As ideias estão expressadas concisamente		9 (100%)	9
Ilustrações			
As ilustrações são simples e de fácil compreensão		9 (100%)	9
As ilustrações são familiares para os leitores		9 (100%)	9
As ilustrações servem para complementar os textos		9 (100%)	9
As ilustrações estão integradas ao texto (bem localizadas)		9 (100%)	9
As ilustrações são auto explicáveis		9 (100%)	9
As ilustrações são suficientes (em número)		9 (100%)	9
As ilustrações são apropriadas ao nível socio-cultural		9 (100%)	9
As ilustrações e fotos são de boa qualidade e alta definição.		9 (100%)	9
As ilustrações apresentadas consideram as suas características raciais e étnicas		9 (100%)	9

Característica do MEI avaliada	Concordam parcialmente	Concordam totalmente	Total de usuários avaliadores
Legibilidade e características da impressão			
O tamanho das letras é adequado	1 (11,1%)	8 (88,9%)	9
O estilo das letras é adequado		9 (100%)	9
O espaçamento das letras é adequado	1 (11,1%)	8 (88,9%)	9
O cumprimento das linhas é adequado		9 (100%)	9
O espaçamento entre linhas é adequado		9 (100%)	9
O espaçamento entre parágrafos é adequado		9 (100%)	9
A utilização de negrito e marcadores de texto chamam a atenção para pontos específicos ou conteúdos chaves		9 (100%)	9
Existe uso adequado do espaço em branco para reduzir a aparência de texto abarrotado		9 (100%)	9
Existe bom contraste entre impressão e papel		9 (100%)	9
O papel utilizado facilita a visualização		9 (100%)	9
Os Subtítulos facilitam a leitura e memorização		9 (100%)	9
O formato do material é adequado		9 (100%)	9

Nesta fase se destacou a aceitabilidade do material e a satisfação (agrado, bem estar) dos usuários ao considerar sua opinião para avaliar o material antes da sua distribuição.

5.5 DISCUSSÃO

Conforme já mencionado, previamente e durante a elaboração de qualquer material educativo é fundamental ter em mente para quem e para quem este material será destinado e de que forma este será produzido e distribuído. Nos materiais educativos, a concretude é fator determinante para que haja um processo comunicativo, porém, ainda grande parte dos materiais prioriza uma abordagem textual, eminentemente conceitual e abstrata (ARAÚJO, 2006).

No nosso material, cada detalhe foi cuidadosamente estudado e desenhado compreendendo desde informações confiáveis, formato e diagramação do material, a linguagem adotada e as ilustrações. Todos estes fatores foram fundamentais no processo de comunicação podendo influenciar positiva ou negativamente a compreensão e a interpretação do receptor (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006; KELLY-SANTOS, ET AL 2010; REBERTE, ET AL, 2012).

Estudos observaram que grande parte dos materiais analisados não apresentava indicação explícita quanto ao público alvo (OLIVEIRA, 2012; LUZ et al., 2003). No trabalho desenvolvido por Nogueira, Modena e Schall (2009), também foi encontrado resultado semelhante, porém, nele foi desconsiderada a heterogeneidade dos receptores. Segundo estes autores há uma tendência em aproximar os indivíduos em suas generalizações e não em suas especificidades, o que remete à noção de público elástico diretamente correlacionada à preocupação distributiva por parte do emissor. Como reflexo, os materiais produzidos podem ser descontextualizados, apresentando falta de adequação do conteúdo, do formato, da linguagem e das ilustrações utilizadas (PIMENTA, LEANDRO, SCHALL, 2007), ou seja, a produção de materiais precisa obrigatoriamente ter o público alvo bem definido e caracterizado.

Embora o MEI apresente algumas limitações em relação ao seu uso (dificuldades de leitura relacionadas à inadequação do material e/ou às características do leitor, principalmente aquelas referente ao seu grau de escolaridade), estas limitações foram minimizadas por meio da

utilização de uma linguagem simples, associada à utilização de recursos iconográficos (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006).

A linguagem adotada foi compreensível e acessível ao público alvo, o que foi essencial para atingir o objetivo do MEI. Portanto, torna-se importante o conhecimento da forma como o público alvo se expressa e o vocabulário que utiliza, assim será possível evitar mal-entendidos que possam determinar conceitos e ações inapropriadas. (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2003; ECHER, 2005; REBERTE, HOGA, GOMES, 2012).

Foram evitados, textos densos e longos, com letras pequenas, sem organização textual e com diagramação pouco atraente, o que poderia prejudicar a compreensão do conteúdo exposto ou não despertar o interesse do leitor. Evitamos o uso frequente de termos técnicos, siglas e palavras complexas que dificultam a leitura e a compreensão do texto (ARAÚJO, 2006; KELLY-SANTOS, et al 2010; REBERTE, et al, 2012).

As ilustrações (desenhos, imagens, fotografias, símbolos), complementaram e reforçaram a informação contida no texto, conferindo maior legibilidade e compreensão do texto, atraindo o leitor e despertam e mantêm o seu interesse pela leitura (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ECHER, 2005; MIALHE; SILVA, 2008; COUTINHO; SOARES, 2010; OLIVEIRA, 2012). Na seleção das ilustrações nos envolvemos pessoas de todas as raças, de todos os gêneros e de todas as idades. A atitude (sorriso) dos envolvidos nas fotografias demonstra otimismo, comportamento chave no sucesso na transmissão da informação. Foi importante a participação da mulher como profissional da saúde, tentando diminuir a percepção do que o gênero masculino é o aceitado como profissional da saúde.

Conforme Moreira e colaboradores, a elaboração do MEI considerou todos os elementos relatados acima, devendo a versão preliminar passar por uma fase de avaliação, contando com a participação de profissionais com conhecimento em produção de material educativo (para isto foi contatado um desenhista gráfico), de profissionais de saúde envolvidos com o público alvo (farmacêuticos da

FE/UFSC/PMF) e de representantes do próprio público alvo (os 9 participantes da pesquisa) (MOREIRA, NOBREGA, SILVA, 2003; ECHER, 2005)

Paulo Freire (2008), em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, adverte que a elaboração de MEI destinado à população não é uma tarefa simples. Contudo, a interação e a troca de conhecimentos obtidos nas consultas prévias permitiram um relacionamento ótimo com o usuário facilitando, assim, o conhecimento do contexto no qual se desejava intervir.

Os resultados apresentados na tabela 8 permitem analisar o processo de avaliação versus a escolaridade. Estes resultados demonstram que não existiram diferenças na avaliação do material com relação à escolaridade, pois o MEI foi aceito por todos os avaliadores, independentemente da heterogeneidade dos participantes. Os usuários concordaram que o material era muito chamativo e eles mesmos falaram das vantagens de receber este tipo de informação. Todos eles tinham muito interesse de levar o material para suas casas no mesmo dia em que o avaliaram.

5.6 CONCLUSÕES

Antes de elaborar um MEI é importante conhecer o perfil da população alvo e planejar o material com base nessa informação. A inclusão dos usuários no processo de elaboração, avaliação e validação do material determinou a qualidade e as características do MEI, além de verificar que o MEI atingiu as metas desejadas e otimizar as informações entregues. A linguagem, as ilustrações e o layout foram fundamentais no processo de entendimento da informação.

6. DISCUSSÃO FINAL

Os serviços farmacêuticos direcionados ao cuidado de pacientes tem sido foco de diversos estudos (COUTINHO, F. A.; SOARES, A. G., 2010; CASTRO, M. S. et al, 2006; FREITAS, R. L., 2005; ISETS, B. J., et al, 2008; LYRA JUNIOR, D. P., et al, 2007; PANDE, S., et al., 2013). Relatos na literatura afirmam que a participação do farmacêutico traz benefícios clínicos importantes como a redução de parâmetros laboratoriais e sinais vitais em doenças crônicas, como, por exemplo, Diabete Mellitus (DM), dislipidemia e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); além de reduzir a utilização de serviços de saúde, como consultas médicas e de hospitalização (CASTRO, M. S. et al, 2006).

Portanto, a FE UFSC/PMF reorientou os recursos para que o farmacêutico pudesse atuar eficientemente com o mais importante, o usuário. O desenvolvimento de uma comunicação efetiva onde o usuário foi o protagonista, permitiu melhorar a implementação de serviços e/ou processos (neste caso o MEI) desenvolvidos para eles, na busca de beneficiar clinicamente ao usuário o que se reflete na satisfação pelo serviço de saúde no qual está sendo assistindo.

7 CONCLUSÕES FINAIS

O uso de uma metodologia que permita identificar os usuários interessados em receber o serviço farmacêutico e a utilização de uma triagem de prioridades para avaliar a necessidade, permitiu propor níveis de prioridade do acesso de acordo com a situação de gravidade da sua doença. Ademais, permitiu otimizar os recursos materiais e humanos que, atualmente, são insuficientes para ofertar SFT a 100% dos usuários da FE UFSC/PMF.

Com base nesses resultados, é possível planificar um serviço de SFT para pacientes com dislipidemia segundo estratégias diferenciadas de atendimento. É necessário planejar um serviço focado nos usuários que tem necessidade de um acompanhamento personalizado, mas não tem interesse ou disponibilidade, bem como para aqueles que tem interesse, mas não representariam a prioridade, do ponto de vista dos fatores de risco.

Antes de elaborar um MEI é importante conhecer o perfil da população alvo e planejar o material com base nessa informação. A inclusão dos usuários no processo de elaboração, avaliação e validação do material determinou a qualidade e as características do MEI, além de verificar que o MEI atingiu as metas desejadas e otimizar as informações entregues. A linguagem, as ilustrações e o layout foram fundamentais no processo de entendimento da informação.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas das variáveis que impossibilitaram que se conseguissem os resultados laboratoriais necessários para classificar os usuários segundo o ERF foram:

- Falha da gestão da assistência farmacêutica (desabastecimento de atorvastatina de 20 mg nos meses de abril e maio).
- Dificuldade dos usuários em conseguir um agendamento médico para solicitar a realização de exames laboratoriais recentes.
- Desistência de alguns usuários. Alguns usuários não voltaram a retirar os seus tratamentos farmacológicos na FE UFSC/PMF e, por tanto, nunca trouxeram os documentos solicitados.

9 CONTRIBUIÇÕES

9.1 PARA A CIÊNCIA

- Resultados farmacoepidemiológicos e clínicos de usuários com dislipidemia de Florianópolis.
- Disseminação de estratégia para a implantação dos serviços farmacêuticos voltado ao cuidado centrado no paciente.
- Proposta de estruturação de serviços na farmácia escola, contribuindo a formação de futuros farmacêuticos clínicos.

9.2 PARA A SOCIEDADE

- Garantir a prioridade do acesso de acordo com a situação de gravidade da sua doença.
- Otimizar os recursos materiais e humanos que, atualmente, são insuficientes para ofertar SFT a 100% dos usuários da FE UFSC/PMF.
- Planificar um serviço de SFT para usuários com dislipidemia segundo estratégias diferenciadas de atendimento.
- A inclusão dos usuários no processo de elaboração, avaliação e validação do material verificando que o MEI atingiu as metas desejadas e otimizando as informações entregues.

10 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva* 4 (2): Rio de Janeiro, 1999.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart disease and stroke statistics 2011 update. *Circulation*, v.123, n.4, fev. 2011, p. 18-209.

ANDERSEN RM. Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1-10.

ANVISA, Boletim Saúde e Economia – Dislipidemia- ANO III – EDIÇÃO Nº 6 OUTUBRO, 2011.

ARAÚJO, I. S. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. P. (org.). *Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 49-69.

ASADI-LARI M, PACKHAM C, GRAY D. Commentary Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003 BioMedCentral.

BJERRUM L, et al. Polypharmacy in general practice: differences between practitioners. *Br J Gen Pract* 1999; 49:195-198.

BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. In: MACLACHLAN, F. (Org.) *Problems and progress in medical care*. London, Oxford University Press, 1972.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília – DF, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)-Dislipidemia, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/-saude/Gestor>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.982 de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, nº 229 de 1 dez. 2009^a-2010.

BRASIL. Portaria nº 200, de 25 de fevereiro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 164p.

BRASIL. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Política Nacional de Humanização: Documento Base. 3. ed. Brasília, 2007.

BRASIL. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, NEGRI, B. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002. 52 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CASTRO, M. S.; SILVA, J. F. M.; CORREA, P. M. Pós-Graduação. In: Felipe Dias Carvalho; Helaine Carneiro Capucho; Marcelo Polacow Bisson. (Org.). Farmacêutico Hospitalar: conhecimentos, habilidades e atitudes. 1ª ed. Barueri, 2013, v. , p. 1-299.

CASTRO, M. S.; CHEMELLO, C.; FUCHS, F. Contribuição da Atenção Farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. Revista Brasileira de Hipertensão. v. 13, n. 3, p. 198-202, 2006

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, 10., 1996, Brasília. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Disponível em: < www.datasus.gov.br/cns/cns.htm >. Acesso em: 1 dez. 2012.

COUTINHO, F. A.; SOARES, A. G. Restrições cognitivas no livro didático de biologia: um estudo a partir do tema “ciclo do nitrogênio”. Rev. Ensaio. v. 12, n. 2, p. 137-150, 2010

COSTA R, et al. Implementação da Atenção Farmacêutica na Farmácia Universitária da UFMG, Belo Horizonte, 2004.

Cunico C. Dislipidemia e efetividade do uso de hipolipemiantes em população do extremo oeste do Estado de Santa Catarina. Curitiba, 2011.

DELFIN L, et al. A percepção dos enfermeiros sobre o atendimento de pacientes com Acidente Vascular Encefálico Agudo. Journal of nursing UFPE on line. 2012. 6 (9) p. 2204-2212.

DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R. Manual para equipes de saúde: o trabalho educativo nos grupos. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ms - Os, 2007. p. 75-86.

DOAK, C.C., DOAK, L.G., ROOT, J.H. Teaching Patients with Low Literacy Skills: The comprehension process. Philadelphia: J. B. Company, 2 edição, 1992.

DE OLIVEIRA-Filho AD, Morisky DE, Costa FA, Pacheco ST, Neves SF, de Lyra DP Junior. Otimização da Adesão Terapêutica Pós-Alta Hospitalar de Pacientes com DCV: Ensaio Clínico Randomizado - Estudo Piloto. Arq Bras Cardiol. 2014; 103(6):502-512.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev. Latino-am. Enfermagem. v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

EMIKO YOSHIKAWA EGRY. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica Guia para Pesquisadores. Editora Dedone. São Paulo 2008

FARRET JF. Nutricao e doencas cardiovasculares: prevencao primaria e secundaria. Sao Paulo: Atheneu,2005.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática docente. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREITAS, R. L. Revelando a experiência do pacientes com atenção farmacêutica: uma abordagem qualitativa. 2005. 125 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

GARCIA et AL. Relação entre consumo alimentar, atividade física e características antropométricas e os lipídios séricos em pacientes com dislipidemia. Rev Bras Nutr Clin 2002;17:99-106.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C. dos; PENNA, C. M. de M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública. v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GEHI AK, Ali S, Na B, Whooley MA. Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and soul study. *Arch Intern Med.* 2007;167(16):1798-803.

GHORAYEB N., COSTA R.V.C., CASTRO I., DAHER D.J., OLIVEIRA FILHO J.A., OLIVEIRA M.A.B. et al. Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(1Supl.2):1-41

GOMES R; FERREIRA DNE; CARVALHO DAF. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2007

GOTTLIEB, M.G.V, BONARDI, G. MORIGUCHI, E.H. Fisiopatologia e Aspectos Inflamatórios da aterosclerose. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 3, jul./set. 2005

ISETS, B. J., et al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: The Minnesota experience. *Journal of American Pharmacists Association.* v. 48, p. 203-211, 2008.

ISOSAKI M, CARDOSO E. Manual de dietoterapia e avaliação nutricional: Serviço de Nutrição e Dietética do Instituto do Coração-HCFMUSP. São Paulo: Atheneu, 2004.

JEFFERS JR, BOGNANNO MF, et al. On the demand versus need for medical services and the concept of “shortage”. *Am J Public Health* 61 (1):46-63.

KAPLÚN, G. Material educativo: a experiência de aprendizado. *Comunicação & Educação, Brasil*, v. 9, n. 27, 2008.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 4, p. 857-867, 2009

LABES, EMERSON MOISÉS. Questionário: do planejamento à aplicação na pesquisa. Editora Grifos. Chapecó, 1998

LAROSA JC; VUPPUTURI S. Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1999;282:2340-6.

LEITE SN; VASCONCELLOS MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 775-782. 2003.

LUZ, Z. M. P. da; PIMENTA, D. N.; RABELLO, A.; SCHALL, V. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 561-569, 2003.

L. SOARES, E. E. DIEHL, S. N. LEITE, M. R. FARIAS. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* vol. 49, n. 1, jan./mar, 2013.

LYRA JUNIOR, D. P., et al. Impact of pharmaceutical care interventions in the identification and resolution of drug-related problems and on quality of life in a group of elderly outpatients in Ribeirão Preto, Brazil. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. v. 3, p. 989-998, 2007.

MARCONI MARINA DE ANDRADE, LAKATOS EVA MARIA. *TÉCNICAS DE PESQUISA*. 6a Edição. Editora Atlas S.A. São Paulo, 2007

MACKWAY-JONES, K.: *Emergency Triage*. Manchester Triage Group, 2ªed, Oxford: Blackwell, 2006.

MAHLEY, R. W.; BERSOT, T. P. Terapia farmacológica para a Hipercolesterolemia e a Dislipidemia. In: GILMANN, A. G., et al. *Goodman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica*. Trad. Carlos Henrique de Araújo Cosendey e outros. 11 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. p. 837-868

MANSUR AP; MATTAR APL; Tsubo CE, et al. Prescrição e Aderência das Estatinas em Pacientes com Doença Arterial Coronariana e Hipercolesterolemia. *Arq Bras Cardiol*, volume 76 (nº 2), 111-4, 2001.

MARINKER, M.; SHAW, J. Putting concordance for taking medicines into practice. *BMJ*. v. 326, p. 348-349. fev., 2003. *Enhancing Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan* National Council on Patient Information and Education August 2007).

MCGREGOR, J.A., CAMFIELD, L. AND WOODCOCK, A., (2009), 'Needs, Wants and Goals: Wellbeing, Quality of Life and Public Policy.' *Applied Research in Quality of Life*, Volume 4, Number 2, pp135-154.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F. de; VALADAO, M. M.; AYRES, J. R. de C. M. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MOREIRA, M. de F.; NOBREGA, M. M. L. da; SILVA, M. I. T. da. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Rev. bras. enferm.* v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003

MORALES P. Estadística aplicada a las Ciencias Sociales Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? Universidad Pontificia Comillas- Madrid. Facultad de Humanidades (Última revisión, 13 de Diciembre, 2012).

MORATO, MA et al. Representação visual de estruturas biológicas em materiais de ensino. *Hist., Ciênc., Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 1998.

MORISKY, D. E., GREEN, L. W., LEVINE, D. M. Current and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

NELSON, R.R.; SAMPAT, B.N. Making sense of institutions as a factor shaping economic performance. *J. Econ. Behav. Organ.*, v.44, n.1, p.31-54, 2001.

NHLBI National Heart, Lung, and Blood Institute –, 2013.

Disponível em <http://cvdrisk.nhlbi.nih.gov/calculator.asp>

NOGUEIRA, M. J.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. Materiais educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e algumas considerações. *Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, v. 3, p. 169-79, 2009.

OLIVEIRA, G. L. A. de. Prevenção e controle da dengue no município de Sabará/MG: análise de materiais educativos impressos e das representações sociais de agentes de controle de endemias. Belo Horizonte, 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. 200p.

OPS-Organização Pan-Americana da Saúde. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília, 2002. 24

PANDE, S., et al. The effect of pharmacist-provided non-dispensing services on patient outcomes, health service utilisation and costs in low- and middle income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online], Oxford-Inglaterra, Issue 7, 2013.

PASCHE, DF et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, [S.l.], v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A.; SCHALL, V. T. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 23, n. 5, p. 1161-1171, 2007.

PIRES BA, CAMPOS MME, Pozzan R, et al. Como Integrar as Metas das Diretrizes sobre Hipertensão, Dislipidemia e Diabetes à Prática Clínica. *Revista Brasileira de Cardiologia*. Vol.17, No.2 (abr.-jun. 2004) p.71-82.

PNAUM, Primeiros Resultados. In: V Congresso Brasileiro sobre o Uso racional de Medicamentos. São Paulo, Brasil, 2014

PRADO ES, DANTAS EH. Efeitos dos exercicios fisicos aerobio e de forca nas lipoproteinas HDL, LDL e lipoproteina(a). *Arq Bras Cardiol* 2002;79:429-33.

PORTELA FDS, LE. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciênc. saúde coletiva* vol.14 n.3 Rio de Janeiro May./Jun. 2009. Salvador BA.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 20, n. 1, 2012.

RIQUE AB, ET al. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esporte* 2002;8:244-54.

RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. R. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trab. educ. saúde*. v. 10, n. 2, p. 235-255, 2012.

ROSSI, S. Q. et al. Um novo olhar sobre a elaboração de materiais didáticos para educação em saúde. *Trab. educ. saúde*. v. 10, n. 1, p. 161-176, 2012.

RUOKONIEMI, P.; KORHONEN, M. J.; HELIN-SALMIVAARA, A.; LAVIKAINEN, P.; JULA, A. ; SEPPO Y. T.; JUNNILA, S. Y. T.; RAIMO KETTUNEN, R.; HUUPPONEN, R. Statin adherence and the risk of major coronary events in patients with diabetes: a nested case - control study. *Br J Clin Pharmacol*, v. 71, n.5, p.766–776, mai., 2011.

SANTOS R.D., GAGLIARDI A.C.M., XAVIER H.T., MAGNONI C.D., CASSANI R., LOTTENBERG A.M. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(1Supl.3):1-40

SANTOS RD et al. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretrizes de prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2001;77(Suppl 3):1-191.

SHALANSKY, S. J.; LEVY, R. A.; IGNASZEWSKI, A. P. Self-reported morisky score for identifying nonadherende with cardiovascular medications. *Ann Pharmacother*, v. 38, p. 1363-1368, set., 2004

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose. III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*, Rio de Janeiro, v. 77, suplemento III, ago. 2001, p.1-48.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Aterosclerose. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*, Rio de Janeiro, v. 88, suplemento I, abr. 2007, p. 2-19.

TUNEU, L.; LLIMÓS, F. F.; GASTELURRUTIA, M. A. Guia de Seguimento Farmacoterapêutico em Dislipidemias. Grupo de Investigación en Atención Farmacêutica da Universidad de Granada, 2003.

VARGO, S.L.; LUSCH, R.F. Evolving to a new dominant logic for marketing. *J. Marketing*, v.68, n.1, p.1-17, 2004.

VAN HEEK, M.; FARLEY, C.; COMPTON, S.D.; HOOS, L.; ALTON, K. B.; SYBERTZ, E. J.; DAVIS Jr., H. R. Comparison of the activity and disposition of the novel cholesterol absorption inhibitor, SCH58235, and its glucuronide, SCH60663. *Br. J. Pharmacol.* v. 129, n.8, p.1748-1754, abr., 2000.

VERDI, M.; BUCHELE, F.; SILVA, H. T. Educação em saúde [Recurso eletrônico]. Curso de Especialização em Saúde da Família. Florianópolis - SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 44 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003. 211p. Disponível em:<
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf> Acesso em: 10/09/2011.

WILLARD D. Needs and Medicine, *The Journal of Medicine and Philosophy* 7. 1982

ZIMMERMANN, P.G.: The Case for a Universal, Valid, Reliable 5 Tier Triage Acuity Scale for US Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*, June 2001 (27:3).

ANEXO 1 – Material Educativo Impreso

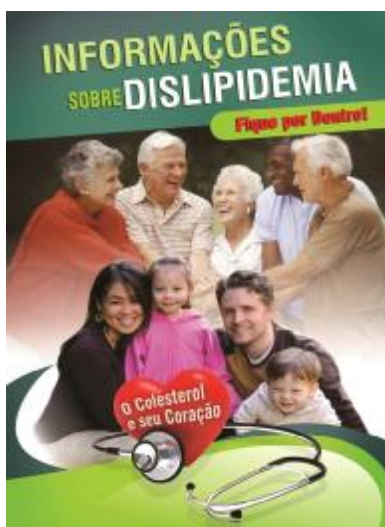


Figura 1: Capa da cartilha.

DISLIPIDEMIA

O QUE É?

É o aumento de lipídeos (gorduras) no sangue, principalmente o **colesterol** e os **triglicédeos**.

Existem dois tipos de colesterol: o "bom" (HDL), e o "ruim" (LDL).

◊ aumento de colesterol ruim, o aumento de triglicédeos e a diminuição do colesterol bom é o que chamamos de **dislipidemia**.

SAIBA MAIS

O colesterol é uma gordura muito importante para o organismo e é encontrado em todo o corpo. Ele participa de muitas funções como a formação de células, hormônios e vitaminas.

A maior parte do colesterol é produzido pelo fígado (70%) e apenas 30% pela alimentação, através de principalmente, alimentos de origem animal (como carnes gordas, ovos, leite, manteiga e queijo).

Figura 2: Parte interna da cartilha: Informações gerais sobre dislipidemia.

O QUE CAUSA A DISLIPIDEMIA?

Existem dois tipos de dislipidemias:

- **Primária:** é de origem genética, onde o corpo tem defeitos que impedem o controle da quantidade normal de colesterol.
- **Secundária:** pode ser causada por outras doenças (como o hipertiroidismo, insuficiência renal, diabetes e alcoolismo) e também por uma alimentação rica em gorduras.

QUE PROBLEMAS A DISLIPIDEMIA PODE TRAZER?

Quando os níveis de colesterol são muito altos, eles acumulam formando uma placa de gordura nas artérias e veias (aterosclerose). Dependendo onde acontece, esse acúmulo pode causar: o infarto do miocárdio no coração; o acidente vascular cerebral (dano no cérebro), e também: outras doenças cardiovasculares.

Figura 3: Parte interna da cartilha: Informações gerais sobre dislipidemia

QUAIS PESSOAS TÊM MAIS CHANCES DE TER DOENÇAS CARDIOVASCULARES?

Fumantes, diabéticos, obesos, hipertensos, idosos e pessoas com casos na família.

COMO SABER SE TENHO DISLIPIDEMIA?

A dislipidemia **não apresenta sintomas**, portanto sempre consulte seu médico e faça regularmente exames que detectem as alterações dos lipídeos no seu sangue, principalmente se você faz parte dos grupos de risco.

COMO CONTROLAR MEU COLESTEROL?

Uma alimentação saudável, sem alimentos gordurosos e a prática de exercícios físicos são muito importantes para o controle e prevenção da doença.

E para as que possuem dislipidemia, a associação de hábitos saudáveis com o uso correto de medicamentos que seu médico prescrever, são as melhores maneiras de controlar e prevenir consequências mais graves.

Figura 4: Parte interna da cartilha: Informações gerais sobre dislipidemia

ALIMENTAÇÃO

POSSO COMER CARNE?

Prefira carnes magras, principalmente peixes e aves sem pele. Retire sempre a gordura antes de prepará-las. Prefira carnes grelhadas e bem passadas.



OVO. POSSO COMER?

Modereza no consumo, principalmente se você é diabético.

Evite fitar o ovo e adicionar mais gordura.



QUAL O MELHOR TIPO DE QUEIJO?

Prefira queijos brancos e consuma com moderação.

Quando mais amarelo o queijo, mais gordura ele possui.



Figura 5: Parte interna da cartilha: Alimentação

QUAL ÓLEO POSSO UTILIZAR?



Embora não seja indicado o consumo exagerado, os óleos adequados para o preparo de alimentos são os de soja, canola, girassol e gergelim.

É VERDADE QUE O CONSUMO DE FIBRAS É INDICADO?

Sim. As fibras, quando ingeridas com água, diminuem o tempo da digestão e diminuem a absorção do colesterol.

As fibras estão presentes nas frutas, na aveia, cevada e leguminosas (feijão, grão-de-bico, lentilha e ervilha).



COMA FRUTAS E VEGETAIS

Eles diminuem o colesterol e melhoram a digestão.

As frutas possuem antioxidantes, que são substâncias que previnem problemas no coração.



Antioxidantes também são encontrados em grãos, cereais, castanhas, condimentos e ervas, vinho, e chá natural, e principalmente em frutas vermelhas.

Figura 6: Parte interna da cartilha: Alimentação

VIDA SAUDÁVEL

A prática de exercícios físicos diminui os níveis de triglicérides e aumenta os níveis de colesterol bom.

Seja ativo! Caminhe pelo menos 30 minutos a cada dia.

Faça exercícios pelo menos 3 vezes por semana, de 20 a 30 minutos.

Para aqueles que têm doenças coronárias, a intensidade e a duração devem ser moderadas.



FUMOS

É um dos principais fatores de risco para a saúde do coração.

O hábito de fumar pode diminuir o colesterol bom, aumentar a pressão arterial e causar aterosclerose.



Figura 7: Parte interna da cartilha: Hábitos Saudáveis

ATORVASTATINA

O QUE É ATORVASTATINA? PRA QUE SERVE?

É um medicamento que diminui a quantidade de colesterol "ruim" e de triglicérides no sangue, e aumenta a quantidade de colesterol "bom", o que impede a produção de colesterol pelo fígado (onde 70% do colesterol é produzido).

A atorvastatina é usada para regular o colesterol do sangue e diminuir os chances de doenças cardíacas.



QUE EFEITOS INDESEJÁVEIS A ATORVASTATINA PODE CAUSAR?

Procure seu médico ou farmacêutico se você tiver dor muscular inexplicável, sensibilidade ou fraqueza, especialmente se você também tiver febre, cansaço, falta de apetite, e urina de cor escura.



Figura 8: Parte interna da cartilha: atorvastatina

POSSO TOMAR ATORVASTATINA COM OUTROS MEDICAMENTOS?



Outros medicamentos podem aumentar o risco de problemas musculares graves por isso é muito importante informar ao seu médico e farmacêutico caso esteja utilizando outros medicamentos durante o tratamento com atorvastatina.

Principalmente esses: diltazem, gonfibracil, ciprofloxac, bezafibrato, dantrolona, amitriptina, vesparnil, medicamentos para o HIV (ou antirretrovirais, furosemid, enoximanol, ciclosporina.

COMO DEVO TOMAR A ATORVASTATINA?

Utilize seus medicamentos conforme prescrição médica.

Tome o medicamento à mesma hora todos os dias.

Caso esqueça uma dose, tome assim que se lembrar. Não considere a dose se já houver passado 12 horas do horário de remê-la. Não tome uma dose dupla para compensar a que esqueceu.



Figura 9: Parte interna da cartilha: atorvastatina

POSSO CONSUMIR BEBIDAS ALCOÓLICAS?



Evite consumir álcool. Ele aumenta os níveis de triglicídeos e causa problemas no fígado.

COMO DEVO GUARDAR MEU MEDICAMENTO?

Em local seco à temperatura ambiente (15° - 30°C), proteja os seus medicamentos da luz, da umidade e do calor, e longe do alcance de crianças.

O banheiro, a cozinha e o carro não são locais adequados para guardá-los.



Dicas!

Algumas atitudes ajudam a não esquecer de tomar seus medicamentos, como:

- **Para-comprimidos:** as caixas porta-comprimidos servem para separar seus medicamentos e mantê-los mais seguros e controlar as vezes que se toma.
- **Dicas:** anotar em um calendário cada dose tomada ajudá a não esquecer ou pular doses.
- **Alarques:** ovis o esquecimento ajudá a criar uma rotina para o uso correto dos medicamentos. Despertadores, relógios de pulso e celulares podem ser programados.



Figura 10: Parte interna da cartilha: atorvastatina

VALORES DE LÍPÍDEOS PARA ADULTOS (mg/dL)			
	DESEJÁVEL	LIMITE	AUMENTADO
Colesterol total	Abaixo de 200	200-240	Acima de 240
LDL colesterol	Abaixo de 130	130-160	Acima de 160
HDL colesterol	Abaixo de 40	35-40	Abaixo de 35
Triglicídeos	Abaixo de 150	150-200	Acima de 200

MEDICAMENTOS FORNECIDOS PELO SUS PARA EPIDEMIA:	
COMPONENTE ESPECIALIZADO	(Retirado através de abertura de processo)
Atorvastatina	10 mg e 20 mg
Bezafibrato	200 mg e 400 mg
Ciprofibrato	100 mg
Genfibrato	600 mg e 900 mg
Lovastatina	10 mg, 20 mg e 40 mg
Pravastatina	10 mg, 20 mg e 40 mg
COMPONENTE BÁSICO	(Retirado através de apresentação de receita)
Sinvastatina	10 mg, 20 mg e 40 mg

Farmácia Escola USP/PM

Pomelandia, Toledo - Rua Delfino Lenti, 574

tel: (41) 3223-9967 e-mail: farmaciaepm@usp.br

**ANEXO 2 – Formulário de avaliação de material educativo
impresso**



FARMÁCIA ESCOLA UFSC
SERVIÇO DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO
AVALIAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO
PARA USUÁRIOS COM DISLIPIDEMIA

Data: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Propósito do questionário: Avaliar a qualidade de uma cartilha educativa desenvolvida para os usuários com Dislipidemia cadastrados na Farmácia Escola da UFSC.

Instruções: Leia minuciosamente a cartilha. Em seguida, registre sua opinião neste questionário marcando com um X nas opções de avaliação de cada item.

Sua opinião é muito importante para nós!

FATOR A SER EXAMINADO	AVALIAÇÃO DO USUÁRIO		
	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Objetivo da cartilha			
A cartilha tem informações relevantes para o tratamento da dislipidemia			
A cartilha entrega ferramentas para tomar decisões respeito ao seu problema de saúde			
2. Organização da informação			
A capa é atraente e indica o conteúdo da cartilha (a capa permite que o leitor capte a mensagem principal)			
A cartilha é de leitura agradável			
A sequência dos tópicos é adequada			
O número de páginas está adequado			

A qualidade da impressão e do papel é apropriado			
O texto possibilita interação com aconselhamento oral			
O material tem espaços em branco que permitam fazer anotações			
3. Apresentação da informação	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
A linguagem é explicativa e clara			
O estilo de redação é adequado			
O vocabulário empregado é composto, em sua maioria, por palavras comuns e simples			
O texto é interessante e o tom amigável			
As idéias estão expressadas concisamente			

	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
4. Ilustrações			
As ilustrações são simples e de fácil compreensão			
As ilustrações são familiares para os leitores			
As ilustrações servem para complementar os textos			
As ilustrações estão integradas ao texto (bem localizadas)			
As ilustrações são auto explicáveis			
As ilustrações são suficientes (em número)			
As ilustrações são apropriadas ao nível socio-cultural			
As ilustrações e fotos são de boa qualidade e alta definição.			
As ilustrações apresentadas consideram as suas características raciais e étnicas			
5. Legibilidade e características da impressão	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

O tamanho das letras é adequado			
O estilo das letras é adequado			
O espaçamento das letras é adequado			
O comprimento das linhas é adequado			
O espaçamento entre linhas é adequado			
O espaçamento entre parágrafos é adequado			
A utilização de negrito e marcadores de texto chamam a atenção para pontos específicos ou conteúdos chaves			
Existe uso adequado do espaço em branco para reduzir a aparência de texto abarrotado			
Existe bom contraste entre impressão e papel			
O papel utilizado facilita a visualização			
Os Subtítulos facilitam a leitura e memorização			
O formato do material é adequado			
5. Qualidade da informação	Discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
O material é apropriado para a idade, gênero e cultura			
O material promove mudança de comportamento e atitude			
O material oferece conhecimento para realizar o autocuidado.			

Comentários gerais e sugestões

Muito obrigada pela sua participação!