UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

NATHALIE DE LOURDES SOUZA DEWULF

**Contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento
de pacientes com doenças inflamatórias intestinais.**

Ribeirão Preto, SP
2010

NATHALIE DE LOURDES SOUZA DEWULF

**Contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento de pacientes
com doenças inflamatórias intestinais.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas.

Área de concentração: Clínica Médica – opção
Investigação Biomédica

Orientador: Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida
Troncon

Ribeirão Preto
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dewulf, Nathalie de Lourdes Souza

Contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento de pacientes com doenças inflamatórias intestinais. Ribeirão Preto, 2010.

147p.: il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Clínica Médica, opção Investigação Biomédica.

Orientador: Troncon, Luiz Ernesto de Almeida.

1. doença inflamatória intestinal. 2. doença de Crohn. 3. retocolite ulcerativa. 4. Atenção Farmacêutica. 5. uso racional de medicamentos. 6. qualidade de vida.

DEDICATÓRIA

À minha querida família:

Exemplo de compromisso e perseverança que são os meus pais, Lourdes e Antoon

Expressão de carinho que são minha cunhada, Fabiana, meu irmão, Felipe, e

minha sorridente sobrinha, Beatriz.

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas às quais sou grata. Cada qual com uma participação especial e importante para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha *querida família*, que sempre, em todos os momentos desta caminhada, estiveram presente e incentivando, profundamente, todos os meus trabalhos. Muito obrigada.

Com muito carinho, agradeço à minhas amigas que tanto me deram apoio nesta caminhada, *Monica Freiman, Mayra Kamiji e Iahel Ferreira*. Também não posso deixar de agradecer à *Thais Guaratini, Elaine e Luiz Silva*, queridos amigos desde a época da graduação. E ainda a todos os outros que sempre me apoiaram.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo suporte financeiro.

Às equipes do Setor de Arquivo Médico e do Centro de Métodos Quantitativos que sempre, prontamente, me receberam e auxiliaram para o desenvolvimento dos trabalhos.

Às equipes do CineSocial e do “PGA” (grupo resultante do curso de extensão em Educação Superior em Saúde), pelos ótimos momentos e grandes discussões acerca da pós-graduação e formação.

Agradeço também à equipe de aprimoramento em Farmácia Hospitalar do HC-FMRP-USP, coordenado pelo *Prof Dr Luiz Maçao Sakamoto*. Incluindo os farmacêuticos e aprimorandos que trabalharam junto comigo, *Iahel Ferreira, Mariana Marcelo, Tatiane Message, Débora Rossi, Marcelo Martins, Nathália Costa, Juliana Machado, Nayla Pitangui, Luciana Camilo, Nara Silva e Nathália Rebello*.

À equipe da Divisão de Assistência Farmacêutica do Hospital do HC-FMRP-USP representada, aqui, pelas farmacêuticas *Alexandra Abramovícus, Rejane Souza, Andrea Ungari e Laura Valdevite*. Estes que me deram grande suporte para desenvolver os trabalhos e com quem pude contar a qualquer hora.

Ao grupo de trabalho da FCFRP-USP, principalmente ao *Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira*, que tanto auxiliou no desenvolvimento deste trabalho, sempre com um ótimo humor.,
e à *Profa. Dra. Vania dos Santos*, com suas questões críticas. Agradeço, também, ao grupo dos alunos com quem compartilhamos boas conversas, *Andrea Fontoura, Anna Paula Borges, Kaori Kubota, André Baldoni e Camilo Guidoni*.

À equipe da Divisão de Gastroenterologia que me recebeu e sempre deram apoio ao trabalho.
Principalmente aos docentes com quem sempre pude contar, *Prof. Dr. Ricardo Brandt de Oliveira* e *Prof. Dr. Roberto Oliveira Dantas*.

Por último, agradeço ao exemplo de compromisso que é o orientador com quem tive a oportunidade de trabalhar, também, durante esta etapa, *Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncon*. Um docente que preza pela formação ética e comprometida do profissional, e acima de tudo, pela formação do indivíduo. Agradeço ao *Prof. Troncon* pela confiança e todo aprendizado proporcionado nestes anos de convivência.

Meu DEUS

Dai-me serenidade
para aceitar as coisas que não podem ser mudadas.

Dai-me coragem
para mudar as que podem e devem ser mudadas.

Dai-me sabedoria
para distinguir uma da outra.

Reinhold Niebuhr

RESUMO

DEWULF, N.L.S. **Contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento de pacientes com doenças inflamatórias intestinais.** 2010. Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

As doenças inflamatórias intestinais (DII) - doença de Crohn e retocolite ulcerativa, são condições crônicas que, na maioria dos casos, exigem controle com terapia medicamentosa. A atenção farmacêutica (AF), definida como a provisão responsável do tratamento farmacológico, com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente, constitui nova forma de cuidado ao paciente, que necessita ser mais extensivamente avaliada. Este estudo teve o objetivo de avaliar a contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento clínico de pacientes com DII em acompanhamento ambulatorial em hospital terciário. Ao longo de um ano, foi avaliado um grupo que recebeu a atenção farmacêutica (GAF; N=18) e um grupo controle (GC; N=17) não submetido aos procedimentos da AF. Os resultados da contribuição da AF foram avaliados pela comparação de diferentes variáveis entre os grupos, que foram obtidas na primeira entrevista - T(0), aos seis - T(6) e 12 - T(12) meses do estudo. Quanto aos aspectos clínicos, houve redução significativa dos índices de atividade clínica de T(6) para T(12) no GAF (mediana; variação: 2,20; 0,99 – 3,77 *versus* 1,90; 0,99 – 3,77; $p=0,02$), o que não ocorreu no GC (1,69; 0,99 – 3,77 *versus* 1,69; 0,99 – 3,48). No GAF, houve aumento significativo do percentual de pacientes mais aderentes ao tratamento medicamentoso (27,8% *versus* 72,2%; $p<0,05$), quando da avaliação por meio do teste de Morisky, mas não foram observadas diferenças (72,2% *versus* 88,9%) na adesão avaliada pelo cotejo entre medicamentos utilizados e prescrições registradas. Em ambas as formas de avaliação da adesão, tanto pelo teste de Morisky (41,2% *versus* 41,2%), quanto pelo confronto das medicações utilizadas e prescrições registradas (88,2% *versus* 82,4%), não foram observadas alterações no GC. Houve aumento significativo dos índices de conhecimento do paciente sobre o tratamento no GAF entre T(0) e T(12) (mediana; variação: 80%; 40% – 100% *versus* 100%; 100% – 100%; $p\leq 0,0001$), o que não ocorreu no GC (80%; 0 – 100% *versus* 80%; 60% – 100%). No que se refere à qualidade de vida, avaliada pelo instrumento SF36, houve diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos apenas no domínio de saúde mental. No GAF, houve elevação dos escores deste domínio entre T(0) e T(12) (54,0 *versus* 66,0; $p=0,04$), o que, também ocorreu no GC (60,0 *versus* 68,0; $p=0,01$). Porém, no GAF, esta mudança ocorreu mais precocemente, de T(0) para T(6) (54,0 *versus* 66,0; $p<0,01$). A AF possibilitou a identificação, em média, de 3,8 problemas relacionados ao medicamento por paciente, que em sua maioria foram resolvidos, com intervenções predominantemente focadas em orientações aos pacientes. Os pacientes do GAF, ao término do estudo, apresentaram alto grau de satisfação com a AF. Os resultados obtidos permitem concluir que a introdução de um programa de atenção farmacêutica a pacientes ambulatoriais com DII seguidos em hospital terciário trouxe contribuição positiva, proporcionando benefícios mensuráveis aos pacientes.

Descritores: doença inflamatória intestinal; doença de Crohn; retocolite ulcerativa; atenção farmacêutica, uso racional de medicamentos, qualidade de vida.

SUMMARY

DEWULF, N.L.S. **The contribution of pharmaceutical care to the treatment of patients with inflammatory bowel diseases.** 2010. Doctoral Thesis – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Inflammatory bowel diseases (IBD) – Crohn's disease and ulcerative colitis are chronic conditions which are usually controlled with drug therapy. Pharmaceutical care (PC), defined as the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve patient's quality of life, is a new patient care modality, which needs to be more extensively evaluated. This study aimed at assessing the contribution of pharmaceutical care to the clinical treatment of outpatients with IBD assisted at a reference hospital. During one year, a group receiving pharmaceutical care (PCG; N=18) and a control group (CG; N=17), which did not undergo PC procedures, were evaluated. Results of PC contribution were assessed by comparing the two groups regarding different variables obtained in the first interview at - T(0), at six - T(6) and 12 - T(12) months of study. Regarding the clinical aspects, there was a significant decrease of clinical activity indexes from T(6) to T(12) in the PCG (median; range: 2.20; 0.99 – 3.77 *versus* 1.90; 0.99 – 3.77; $p=0.22$), but not in the CG (1.69; 0.99 – 3.77 *versus* 1.69; 0.99 – 3.48). In the PCG, there was a significant increase in the percentage of patients who were more compliant to drug treatment (27.8 % *versus* 72.2 %; $p<0.05$) as assessed using the Morisky scale; however, no differences in compliance rates were observed (72.2 % *versus* 88.9 %) by comparing drugs taken with registered prescriptions. In the CG, no differences were observed in none of the compliance assessment methods, neither by the Morisky scale (41.2% *versus* 41.2%), nor by comparing drugs taken with registered prescriptions (88.2% *versus* 81.2%). There was a significant increase in the values of an index for patient's knowledge about the treatment in the PCG between T(0) and T(12) (median; range: 80%; 40 – 100 *versus* 100%; 100 – 100; $p\leq 0.0001$), but not in the CG (80%; 0 – 100 *versus* 80%; 60 – 100). With respect to quality of life, assessed by the SF36 scale, there were statistically significant differences in both groups only in the mental health domain. There was an increase in scores for this domain between T(0) and T(12) in both PCG (54.0 *versus* 66.0; $p=0.04$), and CG (60.0 *versus* 68.0; $p=0.01$). However, PCG had this increasing scores earlier, between T(0) and T(12) (54.0 *versus* 74.0; $p<0.01$). PC enabled the identification of a number of drug-related problems per patient (mean = 3.8), which were mostly solved by interventions predominantly focused on patient orientation. At the end of the study, patients in the PC group showed a high degree of satisfaction with the intervention. The achieved results allow concluding that the implementation of a pharmaceutical care program to outpatients with IBD followed at a tertiary hospital gave a positive contribution, providing measurable benefits to patients.

Descriptors: inflammatory bowel disease; Crohn's disease; ulcerative colitis; pharmaceutical care; rational use of drugs, quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 3. 1 – Fluxograma de inserção e participação no estudo dos pacientes.	19
Figura 3. 2 – Esquema de desenvolvimento do estudo.....	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 3. 1 - Aspectos do processo de cuidados ao paciente.	21
Quadro 3. 2 – Instrumento norteador para as discussões clínicas dos casos dos pacientes na atenção farmacêutica.	22
Quadro 3. 3 – Índice de atividade inflamatória, com interpretação baseada na soma dos pontos.	28
Quadro 3. 4 – Classificação da atividade inflamatória na retocolite ulcerativa.	29
Quadro 3. 5 – Índice de atividade inflamatória para a retocolite ulcerativa inespecífica.....	30
Quadro 3. 6 – Teste de Morisky para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso.....	33
Quadro 3. 7 – Teste <i>MedTake</i> modificado utilizado para avaliar o conhecimento dos pacientes sobre o tratamento medicamentoso.	35
Quadro 3. 8 - Problemas relacionados ao domínio da indicação da terapêutica farmacológica que devem ser resolvidos ou prevenidos.	38
Quadro 3. 9 – Problemas relacionados ao domínio de efetividade da terapêutica farmacológica que devem ser resolvidos ou prevenidos..	39
Quadro 3. 10 – Problemas relacionados ao domínio de segurança da terapêutica farmacológica que devem ser resolvidos ou prevenidos..	40
Quadro 3. 11 – Problemas relacionados com o cumprimento da terapêutica farmacológica que devem ser resolvidos ou prevenidos.....	41
Quadro 3. 12 – Classificação das formas de intervenção realizadas pelo serviço de Atenção Farmacêutica.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 4. 1 – Distribuição percentual dos pacientes dos dois grupos com doença de Crohn quanto a localização da doença.	50
Gráfico 4. 2 – Distribuição percentual dos pacientes dos dois grupos com doença de Crohn quanto a forma da doença.	50
Gráfico 4. 3 - Distribuição percentual dos pacientes dos dois grupos com retocolite ulcerativa quanto a localização da doença.	50
Gráfico 4. 4 - Distribuição percentual dos pacientes dos dois grupos com retocolite ulcerativa quanto a forma da doença.	50
Gráfico 4. 5 - Distribuição percentual dos casos em relação a atividade da doença segundo o grupo de estudo.	51
Gráfico 4. 6 – Valores médios dos percentuais de índices clínicos para os grupos GAF e GC55	
Gráfico 4. 7 – Porcentagem de pacientes classificados como mais aderentes ao tratamento medicamentoso, nos vários tempos do estudo, segundo a análise dos medicamentos dispensados aos pacientes.	59
Gráfico 4. 8 – Evolução dos resultados do teste <i>MedTake</i> para avaliar o conhecimento dos pacientes sobre o tratamento medicamentoso.	60
Gráfico 4. 9 – Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por <i>Box-Plot</i> no domínio “capacidade funcional”.....	62
Gráfico 4. 10 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por <i>Box-Plot</i> no domínio “aspectos físicos”.....	62
Gráfico 4. 11 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por <i>Box-Plot</i> no domínio “dor” ..	62
Gráfico 4. 12 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por <i>Box-Plot</i> no domínio “estado geral de saúde”.	62
Gráfico 4. 13 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por <i>Box-Plot</i> no domínio “vitalidade”.....	63
Gráfico 4. 14 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por <i>Box-Plot</i> no domínio “aspectos sociais”.	63
Gráfico 4. 15 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por <i>Box-Plot</i> no domínio “aspectos emocionais”.....	63
Gráfico 4. 16 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por <i>Box-Plot</i> no domínio “saúde mental”.....	63
Gráfico 4. 17 – Distribuição dos tipos de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) observados no estudo.....	65
Gráfico 4. 18 – Relação entre o número total de medicamentos utilizados pelo paciente e o número médio de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) observados no estudo.....	66
Gráfico 4. 19 - Relação entre o número total de problemas de saúde por paciente e o número médio de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) observados no estudo.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 4. 1- Idade, sexo e estado marital dos pacientes incluídos no estudo.....	47
Tabela 4. 2 – Escolaridade e procedência dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem.....	47
Tabela 4. 3 – Renda e cobertura de saúde dos pacientes incluídos no estudo.....	48
Tabela 4. 4 – Forma de aquisição dos medicamentos para a doença inflamatória intestinal dos pacientes incluídos no estudo.	48
Tabela 4. 5 – Dados clínicos dos pacientes incluídos no estudo.	49
Tabela 4. 6 – Internações e operações prévias dos pacientes incluídos no estudo.	51
Tabela 4. 7 – Ocorrência de outras doenças nos pacientes incluídos no estudo.....	52
Tabela 4. 8 – Número de medicamentos em uso pelos pacientes incluídos no estudo.	53
Tabela 4. 9 – Dados sobre a classe terapêutica dos medicamentos para doença inflamatória intestinal em uso pelos pacientes incluídos no estudo.....	54
Tabela 4. 10 – Número de casos em atividade da doença no momento da avaliação, nas consultas, nos diferentes tempos do estudo.	56
Tabela 4. 11 – Número de consultas realizadas pelos pacientes dos dois grupos durante o estudo.....	57
Tabela 4. 12 – Evolução da adesão ao tratamento medicamento avaliada pelo teste de Morisky nos dois grupos, nos vários tempos do estudo.....	58
Tabela 4. 13 – Evolução da adesão ao tratamento medicamento pela Análise dos Medicamentos Utilizados nos dois grupos, nos vários tempos do estudo.....	59
Tabela 4. 14 – Mediana dos números de medicamentos utilizados e momentos terapêuticos observados nos dois grupos, nos vários tempos do estudo.....	61
Tabela 4. 15 – Tempo, em minutos, utilizado nas consultas de atenção farmacêutica e número de consultas, com registro de comparecimento ou ausência.	64
Tabela 4. 16 – Números de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) observados, resolvidos, potenciais e prevenidos, por paciente, encontrados no estudo grupo que recebeu atenção farmacêutica.	65
Tabela 4. 17 – Descrição das intervenções totais realizadas durante o estudo.....	66
Tabela 4. 18 – Porcentagem de satisfação do paciente em relação ao serviço de atenção farmacêutica.	67

LISTA DE SIGLAS

AF	Atenção Farmacêutica
AMDP	Análise dos Medicamentos Dispensados aos Pacientes
AMU	Análise dos Medicamentos Utilizados
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEMEQ	Centro de Métodos Quantitativos
DAF	Divisão de Assistência Farmacêutica
DC	Doença de Crohn
DII	Doença Inflamatória Intestinal
DII-I	Doença Inflamatória Intestinal Indeterminada
DRS	Divisão Regional de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FCFRP-USP	Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
GAD	Ambulatório de Gastroenterologia em Doenças inflamatórias intestinais
GAF	Grupo da Atenção Farmacêutica
GC	Grupo Controle
HC-FMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
PCNE	<i>Pharmaceutical Care Network Europe</i>
PMDE	Programa de Medicamento de Dispensação Excepcional
PRM	Problema Relacionado ao Medicamento
RAM	Reação Adversa ao Medicamento
RCU	Retocolite Ulcerativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Teste de Morisky

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	1
2.	OBJETIVOS.....	15
2.1.	Objetivo geral	15
2.2.	Objetivos específicos.....	15
3.	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	16
3.1.	Desenho do estudo.....	16
3.2.	Caracterização do serviço.....	16
3.3.	População do estudo	17
3.4.	Amostragem	18
3.5	Serviço de atenção farmacêutica	20
3.5.1	Estrutura do serviço	20
3.5.2	Entrevistas	23
3.6	Avaliação da evolução do paciente	23
3.7	Variáveis.....	25
3.7.1.	Aspectos relacionados às características demográficas e sociais do paciente.....	25
3.7.2.	Aspectos relacionados à caracterização e evolução clínica do paciente	26
3.7.3.	Aspectos relacionados à caracterização e evolução da farmacoterapia do paciente .	31
3.7.4.	Aspectos relacionados à evolução da qualidade de vida do paciente.....	36
3.7.5.	Aspectos relacionados à implantação e ao atendimento do serviço de atenção farmacêutica.	37
3.8	Protocolos Clínicos e Material de Apoio.....	43
3.9.	Aspectos éticos	43
3.10.	Análise dos dados obtidos	44

4.	RESULTADOS	46
4.1.	Características do paciente	46
4.1.1.	Características demográficas	46
4.1.2.	Características sociais.....	48
4.1.3.	Características clínicas	49
4.1.4.	Características da farmacoterapia.....	53
4.2.	Evolução do paciente.....	55
4.2.1.	Evolução clínica	55
4.2.2.	Evolução quanto à farmacoterapia	58
4.2.3.	Evolução na qualidade de vida	61
4.3.	Dados do serviço de Atenção Farmacêutica.....	64
5.	DISCUSSÃO	68
6.	CONCLUSÕES	95
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
8.	ANEXOS	111
9.	APÊNDICES	128

1. INTRODUÇÃO

Doença inflamatória intestinal (DII) é uma designação que se aplica a um conjunto de afecções semelhantes, crônicas e de causa desconhecida, que é composto, em seu senso estrito, principalmente, pela doença de Crohn e pela retocolite ulcerativa (GLICKMAN, 1995; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003; TRONCON; DAMIÃO; SIPAHI, 2006). A doença de Crohn (DC) caracteriza-se por uma inflamação transmural crônica do tubo digestivo, que pode incidir em qualquer um dos seus segmentos, desde a boca até o ânus (KIRSNER, 2000; MAGALHÃES, 1993; STENSON; KORZENIK, 2003; TRONCON; DAMIÃO; SIPAHI, 2006). A retocolite ulcerativa (RCU) é caracterizada por inflamação que acomete a mucosa do cólon, envolvendo, de modo quase obrigatório, o reto e que se restringe ao intestino grosso (DAMIÃO; HABR-GAMA, 1993; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003; TRONCON; DAMIÃO; SIPAHI, 2006). Ambas as entidades freqüentemente apresentam complicações regionais e manifestações extra-intestinais (DAMIÃO; HABR-GAMA, 1993; GLICKMAN, 1995; KIRSNER, 2000; MAGALHÃES, 1993; STENSON; KORZENIK, 2003; TRONCON; DAMIÃO; SIPAHI, 2006).

Apesar das inúmeras pesquisas que vêm sendo realizadas, envolvendo aspectos genéticos, imunológicos, infecciosos e ambientais, que procuram esclarecer sua etiologia, tanto a DC como a RCU permanecem entidades clínicas sem causa definida (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003). Do mesmo modo, permanecem pouco conhecidas as variáveis que determinam o aparecimento e a evolução, caracterizada pela ocorrência de surtos de exacerbação e remissão, que são comuns às duas entidades. Ademais, as complicações locais e à distância continuam imprevisíveis (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004; PODOLSKY, 1991A, 1991B).

É bem conhecido que a DII acomete, predominantemente, pessoas relativamente jovens, sendo o diagnóstico feito, habitualmente, entre as idades de 10 a 40 anos, em ambos os sexos (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004; GLICKMAN, 1995). Alguns estudos demonstram uma pequena diferença no acometimento entre os sexos, com aumento pequeno da incidência no sexo feminino na DC e do masculino na RCU, mas esta tendência de diferença entre as duas entidades não atinge significância estatística (GLICKMAN, 1995).

Apesar da DII ser considerada rara no hemisfério sul (SOUZA et al., 2002), um estudo brasileiro realizado no final da década de 90 (GABURRI et al., 1998) apresenta dados de várias dezenas de casos de DC. Em nosso serviço, publicação mais recente (SOUZA et al., 2002) assinala mais de uma centena de casos da DC e da RCU, bem como registra possível aumento da incidência da DC, nas últimas duas décadas do século XX. Este relato está de acordo com o fato de que, desde 1950, vem sendo observado aumento no número de casos dessas doenças, tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, o que parece se dar, principalmente, às custas de um aumento na incidência da DC (DELCO; SONNENBERG, 1999).

Os principais sintomas observados na DC são, tipicamente, dor abdominal, diarreia e perda de peso (SOUZA et al., 2002). Já na RCU, o sintoma dominante é a diarreia, que é usualmente, associada com sangue nas fezes (SOUZA et al., 2002). Pode, também, haver associação da diarreia com cólicas abdominais, urgência ou tenesmo. Sintomas como mal-estar, anorexia ou febre são comuns a ambas as entidades. O curso clínico da DC e da RCU é caracterizado por exacerbação dos sintomas e subsequente remissão, com a ausência, ou menor intensidade e frequência dos sintomas (CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003).

A localização variada da DC a torna clinicamente mais complexa do que a RCU. Isto porque as lesões podem incidir em qualquer local do trato gastrointestinal, incluindo as porções

mais proximais, como boca, língua, esôfago, estômago e duodeno (STENSON; KORZENIK, 2003). A DC é classificada, de acordo com a localização, como sendo de acometimento ileal, ileocolônico, colônico exclusivo e em outras localizações (LOUIS et al., 2001). Já a RCU, é de ocorrência praticamente obrigatória no reto, podendo ser restrita a este segmento ou se estender a outros segmentos do cólon, sendo, assim, classificada, quanto à localização, em proctite, retossigmoidite, colite esquerda e pancolite (FARMER, 1987).

Ambas as entidades podem evoluir de forma variável e apresentar complicações como abscessos e fístulas. Do mesmo modo, pode também ocorrer obstrução de segmentos intestinais e lesões perianais, que são, porém, muito mais comuns nos casos da DC (SOUZA et al., 2002). Já na RCU, os pacientes podem apresentar perfuração do cólon, o que é mais freqüente em uma das mais graves complicações dessa doença, o megacólon tóxico (STENSON; KORZENIK, 2003). Complicações extra-intestinais podem, também, ocorrer em pacientes com DC e RCU, sendo a mais comum a artrite periférica, mas podendo, também, ocorrer espondilite anquilosante e sacroilite, osteoporose, litíase renal, manifestações dermatológicas e oftalmológicas, além de manifestações cutâneas, tromboembólicas e hepatobiliares (STENSON; KORZENIK, 2003).

No caso da DC, a intervenção cirúrgica não é considerada curativa, mas pode resolver complicações e minimizar o impacto da doença. No mínimo, 50% dos pacientes com DC requerem tratamento cirúrgico nos primeiros 10 anos de doença e aproximadamente 70 a 80% dos casos irão necessitar de uma operação, no decorrer da vida (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004). Já na RCU, a ressecção total do intestino grosso pode ser curativa, sendo que de 20 a 30% dos pacientes irão necessitar desse tipo de intervenção cirúrgica, sobretudo aqueles com pancolite (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004).

Para que se possa realizar um tratamento adequado para cada paciente, há a necessidade de se efetuar o exato diagnóstico, para identificar as entidades e caracterizar o seu

grau de gravidade e a extensão em que a doença se encontra. Isso exige criteriosa observação clínica, bem como a utilização de exames laboratoriais, radiológicos, endoscópicos e histopatológicos (STENSON; KORZENIK, 2003). Nos casos onde há acometimento exclusivo do intestino grosso, para se compor o diagnóstico diferencial exato entre a DC e a RCU, deve-se realizar análise clínica global, pois, apesar das manifestações clínicas da DC serem semelhantes às da RCU, algumas complicações, como as fístulas, são mais comuns na doença de Crohn. Além disso, as duas condições podem ser diferenciadas por endoscopia e exame anatomopatológico (STENSON; KORZENIK, 2003). Porém, apesar de todas essas diferenças entre a DC e a RCU, um pequeno grupo de pacientes com DII não pode ser designado com segurança para uma categoria ou outra. Assim, estes pacientes são identificados como pacientes com doença inflamatória intestinal indeterminada (DII-I) (STENSON; KORZENIK, 2003).

Os exames laboratoriais possuem importância para o diagnóstico inicial, assim como para o acompanhamento da evolução clínica do paciente e do uso de medicamentos. Diversos exames, como a velocidade de sedimentação das hemácias e a proteína C reativa são utilizados para a avaliação do processo inflamatório do paciente (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004; STANGE et al., 2006, STANGE et al., 2008). Os exames laboratoriais também são necessários para a abertura e renovação de processos pelo SUS - Sistema Único de Saúde - para a dispensação dos medicamentos fornecido pelo PMDE - Programa de Medicamento de Dispensação Excepcional (BRASIL, 2002A, 2002B). Alguns exames laboratoriais também são importantes para avaliar a utilização da medicação, como, por exemplo, o hemograma, para acompanhar possíveis ocorrências de discrasias sanguíneas (MICROMEDEX, 2007).

Estudos para analisar a prevalência de problemas psicológicos em pacientes com DII não são conclusivos (DROSSMAN, 2000). Porém, alguns estudos sugerem que haja uma proporção maior de pacientes com estes distúrbios, em relação a população normal

(DROSSMAN, 2000). Estudo realizado em nosso serviço demonstrou que os pacientes com DII, apresentam níveis elevados de estresse intenso. Este problema de saúde ocorreu em 64% dos casos de pacientes com doença de Crohn e em 68% de casos em pacientes com retocolite ulcerativa (PELÁ, 2007).

Perante todo este contexto, deve-se considerar que a qualidade de vida dos pacientes com DII é afetada. Esta variável, de natureza multidimensional, foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997). A evolução crônica da DII pode, freqüentemente, afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes em seu cotidiano, incluindo trabalho, atividades sociais e relacionamentos pessoais (PONTES et al., 2004). Um estudo brasileiro sobre qualidade de vida de pacientes com DII mostrou que a vitalidade do paciente foi o domínio mais afetado. O estado geral de saúde do paciente apresentou-se também comprometido, enquanto os domínios dos aspectos sociais e da capacidade funcional foram menos afetados (PONTES et al., 2004).

Do exposto, pode-se concluir que essas doenças constituem um importante problema de saúde (GOLDRING et al., 2002). Para a sociedade as DII trazem, também, altos custos, já que atingem principalmente a população em idade economicamente ativa, que constitui 65% da população brasileira (GOLDRING et al., 2002). Além disso, essas doenças podem apresentar formas clínicas mais graves, o que implica em necessidade de procedimentos mais custosos, em que os pacientes recorrem, principalmente, ao atendimento terciário (FARIA; FERRARI; CUNHA, 2004). Estes casos apresentam, em geral, comprometimento mais grave da saúde do paciente e trazem elevação dos gastos do sistema de saúde.

Ainda que se admita a impossibilidade de cura para a maioria dos casos dessas doenças, vários tipos de tratamentos clínicos medicamentosos têm sido empregados para o seu

controle. Os agentes mais freqüentemente utilizados incluem aminossalicilatos, corticosteróides, imunossupressores, imunomoduladores e antibióticos, que se empregam tanto para a indução de remissão clínica como para a manutenção deste estado (TRAVIS et al., 2006; TRAVIS et al., 2008; CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; KIRSNER, 2000; STENSON; KORZENIK, 2003).

Os medicamentos mais utilizados para o tratamento da DII nos serviços da Divisão de Gastroenterologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no Hospital das Clínicas desta faculdade (HC-FMRP-USP), são os corticosteróides, a sulfassalazina e a mesalazina e a azatioprina, de acordo com recomendações nacionais (BRASIL, 2002A, 2002B) e internacionais (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004; TRAVIS et al., 2006; TRAVIS et al., 2008). A indução da remissão clínica é feita convencionalmente com o emprego de corticosteróides (prednisona, habitualmente) ou aminossalicilatos (sulfassalazina e mesalazina), dependendo da gravidade do quadro e da localização predominante das lesões (CARTER; LOBO; TRAVIS, 2004).

A prednisona é um glicocorticóide sintético com potente efeito anti-inflamatório, sendo utilizado para os casos mais graves da DC e da RCU. Atua inibindo a inflamação em seus diferentes níveis (TRAVIS et al., 2006; TRAVIS et al., 2008; CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; BERMUDEZ, 2002; MICROMEDEX, 2007). A sulfassalazina é a combinação de uma sulfonamida (sulfapiridina) e um salicilato (ácido 5-aminosalicílico, a mesalazina ou 5-ASA) que se apresentam unidos por uma ligação “azo”. Este fármaco, assim como a mesalazina, constituída somente pelo ácido 5-aminosalicílico, é utilizada habitualmente para induzir a remissão da DII, em casos de menor atividade da doença (BARBIERI, 2000; BRASIL, 2002A; PODOLSKY, 2002; RANG; DALE; RITTER, 1997). Os aminossalicilatos são, também, os agentes farmacológicos mais utilizados para a manutenção da remissão de RCU e da DC com localização predominante ou exclusiva das

lesões no intestino grosso (BRASIL, 2002A, 2002B; CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; MICROMEDEX, 2007). A azatioprina é um imunossupressor que pode ser utilizada no tratamento da DII como adjuvante aos corticosteróides, bem como na manutenção da remissão, sobretudo na doença de Crohn (BARBIERI, 2000; BRASIL, 2002B; BERMUDEZ, 2002; PODOLSKY, 2002).

Como tratamento das complicações mais freqüentes da DC, as doenças perianais ativas e as fístulas, utilizam-se antibióticos. Os de escolha, para este tratamento, são o metronidazol e a ciprofloxacina que podem, no entanto, ser, também, utilizados tanto para a indução da remissão como para a sua manutenção (CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; STENSON; KORZENIK, 2003).

Aos efeitos benéficos desses medicamentos se contrapõe uma variedade de efeitos adversos que podem variar desde mal-estar ou intolerância inespecífica, até a incidência de problemas mais graves. No caso dos corticosteróides, até 50% dos pacientes podem apresentar efeitos como hipercorticalismo, obesidade, hipertensão arterial, catarata, entre outros (BERMUDEZ, 2002; BRASIL, 2002A, 2002B; CARTER, LOBO; TRAVIS, 2004; MICROMEDEX, 2007). Os aminossalicilatos podem causar desde distúrbios gastrintestinais, de pouca relevância, até lesões por hipersensibilidade, como a hepatite medicamentosa (BRASIL, 2002A, 2002B; TRAVIS et al., 2006; TRAVIS et al., 2008). Quanto à azatioprina, pode, também, causar intolerância inespecífica e outros efeitos mais graves, como febre, leucopenia, pancreatite e outras reações por hipersensibilidade (BRASIL, 2002A, 2002B; TRAVIS et al., 2006; TRAVIS et al., 2008; MICROMEDEX, 2007).

Deve-se ter atenção, também, para a ocorrência de interações medicamentosas, que podem afetar a eficácia do tratamento das doenças inflamatórias intestinais ou de outro tratamento que o paciente esteja realizando. Por exemplo, a azatioprina pode aumentar a toxicidade do alopurinol, enquanto a sulfassalazina diminui a absorção da digoxina

(GOODMAN et al., 2003; MICROMEDEX, 2007). Porém, os glicocorticóides apresentam um número maior de possíveis interações (GOODMAN et al., 2003; MICROMEDEX, 2007). Além da interação entre os medicamentos, há, também, o risco da interação medicamento e alimento, como é o caso da mesalazina, que tem sua ação reduzida, se ingerida junto com alimentos (MICROMEDEX, 2007).

A eficácia dos regimes medicamentosos para o tratamento da DII depende da estrita adesão dos pacientes ao tratamento prescrito (LEVY; FELD, 1999). A adesão pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação à orientação médica ou de outro profissional de saúde (HAYNES, 1981A; OSTERBER; BLASCHKE, 2005; WHO, 2003). De acordo com estudos da Organização Mundial de Saúde, a não-adesão ao tratamento medicamentoso em doenças crônicas ocorre em 50% dos pacientes (WHO, 2003).

Apesar dos pacientes portadores de DII do HC-FMRP-USP terem acesso aos medicamentos para o tratamento pelo programa de fornecimento de medicamentos excepcionais (BRASIL, 2002A, 2002B), em recente estudo neste serviço, foram identificados indícios de baixa adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de DII (DEWULF et al., 2007). Foi observado que 15,4% dos pacientes portadores da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa não tomam a medicação prescrita, e 13,3% não tomam os medicamentos na quantidade recomendada (DEWULF et al., 2007). Em relação ao comportamento diário quanto ao uso dos medicamentos, a não adesão foi de 50%, nos pacientes com doença de Crohn, e de 63,3%, nos casos com retocolite ulcerativa, em que foram observados problemas relacionados ao comportamento não intencional de não adesão, como descuido com horários ou esquecimento (DEWULF et al., 2007). Ainda sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes com essas doenças, verificou-se que as principais informações que os pacientes relataram ter recebido foram sobre “como tomar” e a indicação,

porém, apenas 19% deles souberam relatar corretamente como tomar o medicamento (DEWULF; VIEIRA; TRONCON, 2005). Esses resultados relativos ao comportamento habitual dos pacientes portadores de DII frente ao tratamento indicam problemas quanto à utilização do medicamento e implicam na necessidade de maior cuidado e de atenção por parte dos profissionais de saúde (DEWULF et al., 2007).

Estudo recente demonstrou, em pacientes com RCU, que a não-adesão ao tratamento medicamentoso provoca o aumento da morbidade, a redução na qualidade de vida, o aumento do risco de reincidência da doença e de desenvolvimento do câncer colo-retal (KANE, 2006). Neste estudo, verificou-se que em pacientes não aderentes o risco de ocorrer reincidência é de 61%, comparado a 11% de risco em pacientes mais aderentes. Em relação ao câncer colo-retal, este risco foi de 31% para pacientes não aderentes e de 3% para os pacientes aderentes. Estes índices indicam que a não-adesão acarreta impacto clínico sérios para os pacientes, bem como impacto econômico que repercute tanto para o paciente, como para o sistema de saúde em que está incluído (KANE, 2006).

Sabe-se, ainda, que a adesão à terapêutica é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente (WHO, 2003; VERMEIRE et al., 2001). Estes fatores determinam o comportamento da pessoa, em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença. Os diferentes fatores podem estar relacionados às condições sociodemográficas, à doença, à terapêutica, à relação dos profissionais de saúde com o paciente, bem como ao próprio paciente (WHO, 2003; VERMEIRE et al., 2001).

Uma vez que o manejo das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário do paciente, o papel central e a responsabilidade do paciente devem ser enfatizados (WHO, 2003). Um fator cuja importância vem sendo crescentemente reconhecida é a confiança do paciente no medicamento prescrito, no tratamento como um todo, no médico responsável pela prescrição, assim como naquela que deposita em toda a

equipe de saúde (OSTERBERG, BLASCHKE, 2005; PEPE; CASTRO, 2000). Assim sendo, ressalta-se a importância dos aspectos da comunicação, como a necessidade do médico e dos profissionais que dispensam os medicamentos conversarem com o paciente, visando a transformar as informações recebidas em conhecimentos definidos, uma vez que a falta de conhecimento ou a existência de dúvidas pelo paciente, podem, também, constituir-se em importantes fatores relacionados à não-adesão (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000; LEVY; FELD, 1999; PEPE; CASTRO, 2000). Estas condições levaram à proposição de um novo conceito de adesão à terapêutica, entendendo o paciente como sujeito ativo no processo do seu tratamento, tomando parte nas decisões e não mais apenas obedecendo. Esta mudança de atitude dos profissionais de saúde pode influenciar diretamente o comportamento do paciente frente à utilização do medicamento, trazendo melhores resultados (WHO, 2003; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Para um atendimento mais completo, em que o paciente possa assumir maior responsabilidade sobre o seu tratamento, as equipes multidisciplinares de profissionais da saúde assumem papel fundamental. A priorização do papel destas equipes tornou-se fato reconhecido, possibilitando o desenvolvimento de atividades comuns e absolutamente essenciais, em que o medicamento é um ponto fundamental na atenção (WHO, 2003; PEPE; CASTRO, 2000). A integração dos profissionais médicos e, em especial, os farmacêuticos permite, pela combinação de conhecimentos especializados e complementares, alcançar resultados melhores, trazendo, assim, maiores benefícios ao paciente (PEPE; CASTRO, 2000; LEEMANS et al., 2001).

Nesta nova perspectiva de atuação do farmacêutico voltada ao paciente, define-se a Atenção Farmacêutica (AF) como a provisão responsável do tratamento farmacológico, com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (HEPLER, STRAND, 1990). Estes resultados podem ser: 1) cura de uma enfermidade, 2)

eliminação ou redução de sintomas do paciente, 3) interrupção ou retardamento da evolução do processo patológico, ou prevenção de uma enfermidade, de complicações, ou de sintomas (HEPLER, STRAND, 1990).

A Atenção Farmacêutica implica no processo pelo qual o farmacêutico, utilizando-se de conhecimentos como a da Farmácia Clínica, coopera com o paciente e com outros profissionais, sobretudo o médico, mediante o delineamento, a execução e a monitorização de um plano terapêutico, que produzirá resultados específicos para o paciente (HEPLER; STRAND, 1990; ALMARSDÓTTIR, TRAULSEN, 2005). Isto, por sua vez, pressupõe três funções primordiais: 1) a identificação de problemas relacionados ao medicamento (PRM), potenciais e reais; 2) a resolução de PRM reais e 3) a prevenção de PRM potenciais (HEPLER; STRAND, 1990). Os PRM são definidos como qualquer evento indesejável que o paciente apresente, em que haja envolvimento certo ou suspeito da farmacoterapia (tratamento farmacológico) e que interfira de maneira real ou potencial na evolução desejada do paciente (HEPLER, STRAND, 1990). Destaca-se que este é o conceito original de problemas farmacoterapêuticos, definido por Hepler e Strand (1990); porém, no texto atual, adota-se este conceito relacionado à PRM, devido a maior difusão desse termo entre os profissionais.

A Atenção Farmacêutica é um componente necessário da assistência à saúde e deve estar integrada aos outros elementos. No entanto, a AF é proporcionada para o benefício do paciente, sendo o farmacêutico o responsável direto pela qualidade desta assistência. A relação fundamental da Atenção Farmacêutica com o paciente é de um intercâmbio com benefício mútuo, no qual o paciente outorga autoridade ao provedor e este proporciona serviços com competência e compromisso de aceitar a responsabilidade do paciente. Os objetivos fundamentais, os processos e as relações da Atenção Farmacêutica são universais, existindo independentemente do lugar em que seja praticada (HEPLER, STRAND, 1990).

Para a análise da qualidade dos resultados dos serviços de AF, é utilizado um modelo que considera aspectos clínicos, humanísticos e econômicos (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004). Os resultados clínicos são compreendidos como eventos que podem ocorrer como resultado da doença ou do tratamento. Os resultados humanísticos são compreendidos como consequência da doença ou do tratamento no *status* funcional do paciente ou na qualidade de vida, medida em suas diversas dimensões. Por fim, o aspecto econômico compreende os custos diretos, indiretos e intangíveis, podendo ser comparado com as consequências de outras formas de tratamento (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004).

Estudos recentes demonstram que a Atenção Farmacêutica vem colaborando para um melhor atendimento do paciente nos EUA e em diversos países da Europa (BERENGUER et al. 2004), assim como no Brasil (PEREIRA, FREITAS, 2008; ROMANO-LIEBER et al., 2002). De modo geral, as intervenções tem mostrado resultados positivos, reduzindo custos, melhorando as prescrições, promovendo maior adesão do paciente ao tratamento, avaliando interações medicamentosas, controlando os efeitos adversos, como também podendo ter impacto na redução do número de consultas e hospitalizações (BERENGUER et al. 2004; BENEY; BERO; BOND, 2010; ROMANO-LIEBER et al., 2002; SIMOENS, LAEKEMAN, 2005). Por exemplo, a experiência de 25 anos de desenvolvimento de serviços de AF nos EUA associou-se a resultados clínicos e econômicos positivos (STRAND et al., 2004). Um estudo realizado em crianças portadoras de asma mostrou aumento estatisticamente significativo na qualidade de vida, após nove semanas de atenção farmacêutica específica (GONZÁLEZ-MARTIN; JOO; SÁNCHEZ, 2003). Outro estudo com pacientes hipertensos submetidos à Atenção Farmacêutica mostrou que houve melhora significativa no controle da pressão arterial, com aumento na adesão ao tratamento e nos índices de modificações favoráveis do estilo de vida (SOOKANEKNUN et al., 2004). Em Ribeirão Preto, um estudo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes idosos verificou que as intervenções

farmacêuticas otimizaram o uso dos medicamentos, diminuíram os sintomas causados pela farmacoterapia e melhoraram o estado de saúde dos idosos (LYRA JR et al., 2005).

No Brasil, a introdução de serviços de Atenção Farmacêutica foi baseada em diversas recomendações, mas, em alguns casos a estruturação dos serviços vem ocorrendo sem seguir diretrizes técnicas sistematizadas (MS, 2007). Por isso, instituições representativas da área da saúde da categoria farmacêutica reuniram-se sob a coordenação do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde para discutir a questão da implantação dos serviços de Atenção Farmacêutica. Assim, foi estruturada, em 2002, a proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002), que, atualmente, é reconhecida pelos órgãos públicos e definida oficialmente por meio da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004).

No entanto, deve-se considerar que a Atenção Farmacêutica constitui uma atividade que vem sendo desenvolvida há muito pouco tempo no país e que os farmacêuticos apresentam dificuldades em implantá-la devido a falta de formação específica necessária para a sua prática (PEREIRA, FREITAS, 2008; DEWULF et. al., 2009). Este fato também vem sendo observado em outros países, especialmente na Europa (VAN MIL; SCHULZ; TROMP, 2004). Além disto, o exame da literatura mostra fortemente que poucos estudos de avaliação nesta área vêm sendo desenvolvidos no Brasil (PEREIRA, FREITAS, 2008; ROMANO-LIEBER et al., 2002). Assim é que, até o ano de 2007, haviam sido publicados 47 artigos científicos em revistas indexadas produzidos no Brasil, o principal país em publicações na América Latina (PEREIRA, FREITAS, 2008). Porém, este número de publicações é muito distante dos 7975 artigos publicados nos EUA no mesmo período (PEREIRA, FREITAS, 2008). Além disso, foi descrito que, entre 1990 e 2007, 86,8% das publicações nacionais em Atenção Farmacêutica constituíam descrições de experiências (FUNCHAL-WITZEL, 2009).

Ao lado do número relativamente baixo de pesquisas realizadas na área de Atenção Farmacêutica no Brasil, verificam-se críticas quanto à qualidade das pesquisas. Poucos são os trabalhos realizados utilizando uma avaliação consistente em relação aos parâmetros de qualidade e impacto dos estudos (MS, 2007). Ademais, diversos estudos apresentam resultados inconclusivos e alguns focam-se mais na quantificação de PRM, mas não na sua resolução ou nos resultados mais abrangentes das intervenções realizadas (MENEU, 2007).

Em estudos anteriores verificamos que pacientes com DII apresentam, freqüentemente, outras doenças associadas à DII (DEWULF, 2005), como também, problemas de não-adesão ao tratamento medicamentoso, o que pode afetar a eficácia do tratamento (DEWULF, 2005; DEWULF; VIEIRA; TRONCON, 2005). Estes problemas poderiam ser minimizados pela Atenção Farmacêutica, que tem o objetivo de acompanhar a farmacoterapia dos pacientes, para alcançar resultados terapêuticos definidos na saúde e melhora da qualidade de vida. No entanto, a análise da literatura sobre o tema evidencia que persiste, ainda, grande carência de estudos sobre a avaliação da contribuição da Atenção Farmacêutica no controle da evolução de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, atendidos em serviço terciário, e, ao nosso conhecimento, inexistem estudos sobre este tema, bem como são escassos os projetos de implementação da Atenção Farmacêutica no Brasil.

Estes fatos justificam a proposição e a realização do estudo descrito neste trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar a contribuição da implementação de um projeto piloto de Atenção Farmacêutica ambulatorial no tratamento de pacientes com doenças inflamatórias intestinais, doença de Crohn e retocolite ulcerativa, em acompanhamento no Ambulatório de Gastroenterologia do HCFMRP-USP.

2.2. Objetivos específicos

- ✓ Avaliar a influência do serviço de atenção farmacêutica na evolução clínica de pacientes com doenças inflamatórias intestinais.
- ✓ Avaliar a influência do serviço de atenção farmacêutica em aspectos relacionados à farmacoterapia utilizadas por pacientes com doenças inflamatórias intestinais.
- ✓ Avaliar a influência do serviço de atenção farmacêutica em aspectos relacionados a qualidade de vida de pacientes com doenças inflamatórias intestinais.
- ✓ Descrever alguns resultados observados em decorrência da implantação do projeto piloto de atenção farmacêutica no HC-FMRP-USP.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo

Este foi um estudo de intervenção, longitudinal, prospectivo e quantitativo, casualizado, controlado, de avaliação da contribuição da atenção farmacêutica, fundamentado em dados obtidos por meio de métodos indiretos. Foram realizados atendimentos farmacêuticos, periódicos e regulares, aos pacientes com DII que realizavam acompanhamento em ambulatório do HC-FMRP-USP, na Divisão de Gastroenterologia do Departamento de Clínica Médica.

3.2. Caracterização do serviço

A investigação foi realizada no HC-FMRP-USP, um hospital universitário de nível terciário de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. Este hospital é integrado ao SUS e atende pacientes com doenças mais complexas, que não puderam ser resolvidas nos níveis primários e secundários. É hospital de referência na região de Ribeirão Preto, dentro da Divisão Regional de Saúde XIII (DRS XIII), atendendo também a casos provenientes de outras cidades não integrantes da DRS XIII.

O HC-FMRP-USP possui atendimento específico para pacientes com doenças inflamatórias intestinais, que têm direito ao fornecimento gratuito de medicamentos, sejam

eles essenciais ao tratamento ou de uso excepcional, previstos no protocolo clínico e nas diretrizes terapêuticas regulamentada pela Portaria 861, de 12 de novembro de 2002, para pacientes com RCU (BRASIL, 2002A) e pela Portaria 858, de 12 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002B), para os pacientes com DC.

3.3. População do estudo

O estudo foi realizado com pacientes com doenças inflamatórias intestinais (doença de Crohn e retocolite ulcerativa), que estavam fazendo uso regular presumível de tratamento medicamentoso. Como critério de inclusão dos pacientes no estudo, foi considerada a prescrição de uso contínuo e regular de medicamentos para o tratamento das DII. Foram consideradas, também, a idade maior ou igual a 18 anos e a regularidade no tratamento, caracterizada por comparecimento às consultas médicas periódicas no HC-FMRP-USP. Foram excluídos do estudo os pacientes com deficiências que dificultassem a comunicação, que realizassem retornos médicos com intervalos superiores de três meses ou que estivessem em condições clínicas que impedissem a participação.

Foram avaliados dois grupos, sendo um que recebeu o acompanhamento farmacêutico e um grupo controle; os pacientes de ambos foram observados pelo período de um ano. O grupo da atenção farmacêutica (GAF), foi composto por dois subgrupos, o que recebeu o acompanhamento farmacêutico mensal e o que recebeu o acompanhamento farmacêutico nos momentos em que comparecia ao ambulatório para a consulta médica. O segundo foi o grupo controle (GC), que não recebeu a atenção farmacêutica.

Esta subdivisão do grupo GAF ocorreu devido a um grande número de recusas para participar do estudo, principalmente pelos pacientes convidados a receber o acompanhamento farmacêutico. A análise dos motivos apresentadas pelos pacientes mostrou a relevância da dificuldade de comparecer mensalmente ao HC-FMRP-USP para participar do estudo, mesmo que fosse oferecida ajuda de custo (DEWULF et al., 2008). Considerou-se, ainda, que mais da metade dos pacientes que são atendidos na Farmácia Ambulatorial do HC-FMRP-USP, não eram os próprios pacientes, mas os cuidadores destes (SOUZA et al., 2009). Perante esta realidade e o número relativamente restrito de pacientes com DII, disponível para o estudo, optou-se por incluir o subgrupo de acompanhamento, em que os pacientes recebiam a atenção farmacêutica no dia em que comparecessem ao Ambulatório de Gastroenterologia para o atendimento médico para a DII.

3.4. Amostragem

No início do estudo, estavam cadastrados 153 pacientes com DII no ambulatório de Gastroenterologia do HC-FMRP-USP. Destes, 64 atendiam aos critérios de inclusão do estudo e durante o período estipulado, foram convidados a participar do estudo 56 pacientes (Figura 3.1). Estes pacientes foram escolhidos dentre os que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão e foram distribuídos aleatoriamente nos grupos GAF e GC. Todos os entrevistados estavam agendados para atendimento no ambulatório de Gastroenterologia, às terças-feiras, no horário das 8h às 12h, dia em que as entrevistas eram feitas. Quando necessário, o estudo iniciava-se antes ou se estendia além das 12h, porém, sem que afetasse a rotina normal do atendimento do paciente e do ambulatório. Para maior controle do estudo, na véspera do atendimento, era feito um levantamento de todos os pacientes que seriam atendidos no

ambulatório pela equipe médica e pelo farmacêutico-pesquisador. Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada e o estudo foi desenvolvido no período entre março de 2007 a setembro de 2009. O número de pacientes convidados a participar do estudo e que aceitaram, assim como os que se recusaram ou desistiram, está exposto no fluxograma da Figura 3.1.

Figura 3. 1 – Fluxograma de inserção e participação no estudo dos pacientes.

3.5 Serviço de atenção farmacêutica

3.5.1 Estrutura do serviço

Para implementar o serviço piloto de atenção farmacêutica no Ambulatório de Gastroenterologia, foi inicialmente estruturada a parceria com a Divisão de Assistência Farmacêutica (DAF) do HC-FMRP-USP. Esta ocorreu visando à implementação da atenção farmacêutica e a capacitação de outros profissionais, de modo que fosse viabilizada a posterior manutenção e continuidade dos trabalhos. Após o estabelecimento desta parceria, foi dado início à estruturação do serviço, que foi realizada em três etapas. A primeira foi reservada para a formação e a caracterização dos grupos de estudo, constituindo-se, portanto, no desenvolvimento da investigação que subsidiou este trabalho. Os pacientes foram convidados a participar do estudo e, após a obtenção do seu consentimento, foram alocados, de forma aleatória no grupo GAF ou no grupo GC, mediante a verificação dos critérios de inclusão no prontuário e na entrevista inicial.

A segunda etapa foi constituída do acompanhamento farmacoterapêutico periódico dos pacientes do GAF, durante o período de um ano. Em um dos subgrupos do GAF, foram realizados encontros mensais, agendados conforme a disponibilidade e a data de retirada da medicação pelo paciente no HC-FMRP-USP, ou anteriormente à consulta médica nos dias dos retornos agendados. Já no outro subgrupo, os pacientes tinham os seus encontros para o acompanhamento farmacêutico realizados sempre antes das consultas médicas agendadas no sistema do HC-FMRP-USP.

O primeiro encontro do acompanhamento farmacoterapêutico foi reservado a dar explicações sobre a importância do estudo e à obtenção do consentimento livre e esclarecido do paciente que aceitasse participar do estudo. O cadastramento do paciente foi realizado no segundo encontro, utilizando um instrumento semi-estruturado, padronizado e previamente testado contendo variáveis demográficas, sociais, clínicas e relativas a farmacoterapia (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; PEREIRA, 2005). Os dados obtidos foram registrados em ficha de acompanhamento individual (Anexo A, p. 111), atualizadas a cada encontro, de modo a formar um banco de dados. O método de seguimento baseou-se em um roteiro previamente estruturado e traduzido para o português (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; PEREIRA, 2005). Assim, após a obtenção destes dados, era realizada a análise do caso seguindo todos os aspectos do processo de cuidados com o paciente conforme apresentado no quadro 3.1.

Processo de cuidado com o paciente	A relação terapêutica		
	Avaliação de terapêutica farmacológica	Planejamento do cuidado	Avaliação do seguimento
Estudo da avaliação da terapêutica farmacológica pelo farmacêutico	Obtenção de dados	Resolução dos problemas relacionados a terapêutica farmacológica	Determinação dos resultados reais do paciente
	Determinação das necessidades do paciente relacionadas a medicamento	Estabelecimento dos propósitos terapêuticos	Nova avaliação da terapêutica farmacológica do paciente
	Identificação dos problemas relacionados a terapêutica farmacológica	Prevenção dos problemas relacionados a terapêutica farmacológica	
Documentação	Registro de cuidado farmacêutico do paciente Planejamento do cuidado farmacêutico personalizados do paciente Relatórios administrativos do exercício profissional		

Quadro 3. 1 - Aspectos do processo de cuidados ao paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006).

Para que o benefício ao paciente não fosse tão distante do início do estudo, ou no caso de ser identificado algum problema relacionado aos medicamentos em uso, houve uma modificação na metodologia em que, nos casos em que houvesse necessidade, era realizada a intervenção naquele momento.

No segundo encontro, com os dados obtidos no cadastramento do paciente, eram estruturados e realizados estudos do caso, com a supervisão do professor responsável pela disciplina de Farmácia Clínica e Terapêutica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP-USP), utilizando como instrumento norteador o apresentado no quadro 3.2. No terceiro encontro, era elaborado um plano de cuidado, de forma conjunta entre o farmacêutico e o paciente. Os casos em que fossem identificados problemas relacionados aos medicamentos, de acordo com a prescrição, eram também discutidos com a equipe médica. Assim, nos encontros subseqüentes, era realizado o acompanhamento da farmacoterapia deste paciente, a sua educação em saúde, focada no uso racional de medicamentos. Eram então realizados encontros de acompanhamento, até que se completasse um ano.

Quadro 3. 2 – Instrumento norteador para as discussões clínicas dos casos dos pacientes na atenção farmacêutica.

Problema de saúde	Medicamento em uso	Preocupa		Causa do PS	Risco futuro para o PS	PRM		OBS
		Farm.	Pac.			Manifesto	Potencial	

Farm. – Farmacêutico; Pac. – Paciente; PS – Problema de Saúde; PRM – Problema Relacionado ao Medicamento; OBS – Observações.

A terceira etapa da estruturação do serviço foi a avaliação da contribuição da atenção farmacêutica. Foram aplicados, aos grupos GAF e GC, instrumentos que permitem quantificar a evolução do paciente, no que se refere à adesão e ao domínio de informações sobre o tratamento medicamentoso em uso, assim como o efeito na qualidade de vida. Foram também avaliados os resultados clínicos do tratamento do paciente. Estas avaliações foram realizadas

por meio de entrevistas dos integrantes de ambos os grupos, realizadas no primeiro encontro e posteriormente repetidas aos seis e aos doze meses de estudo.

Para os pacientes do controle, ao final da entrevista feita aos doze meses, foram oferecidas orientações gerais sobre o tratamento medicamentoso em uso.

3.5.2 Entrevistas

Devida à parceria com a DAF, o acompanhamento do paciente foi realizado pelo farmacêutico-pesquisador, com a participação de um farmacêutico desta divisão ou de um aprimorando em Farmácia Hospitalar do HC-FMRP-USP. As entrevistas para verificar a evolução dos aspectos estudados, eram feitas pelos aprimorandos usando questionários específicos. Assim, o farmacêutico-pesquisador não estava presente nas avaliações semestrais e finais de cada paciente do grupo acompanhamento. Para a realização das entrevistas de avaliação, os aprimorandos eram orientados e treinados para realizá-las obedecendo às orientações técnicas preconizadas por Silva (2002) e por Lockerble e Lutz (1986).

3.6 Avaliação da evolução do paciente

A avaliação da evolução do paciente foi realizada em momentos específicos empregando diversos instrumentos para auxiliar na coleta de dados. Por meio destes instrumentos, foram obtidas as variáveis do estudo (Figura 3.2). Para a caracterização inicial dos pacientes do GAF, foram utilizados os dados sociodemográficos da ficha de acompanhamento (Anexo A, p. 111), assim como o questionário simplificado, que foi realizado para ambos os grupos (Anexo B, p. 116).

Figura 3. 2 – Esquema de desenvolvimento do estudo. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(-12): 12 meses antes do início do estudo; T(-6): seis meses antes do início do estudo; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Em ambos os grupos, a caracterização das condições clínicas e da sua evolução, assim como as informações sobre o histórico dos medicamentos em uso, foi realizada por meio de análise do prontuário, seguindo um roteiro específico (Anexo C, p. 117). Foram registrados os dados referentes aos últimos 12 meses anteriores ao início do estudo, como também durante todo o período do mesmo.

Para a avaliação sobre o conhecimento do paciente acerca do tratamento medicamentoso em uso, e a sua adesão ao mesmo, foi elaborado um instrumento (Anexo D, p. 119), que foi aplicado aos pacientes, de ambos os grupos, no início, após seis e 12 meses do início do estudo. Junto a esta avaliação, foi também aplicado o questionário sobre qualidade de vida (Anexo E, p. 120).

Em relação ao grupo GAF, foi avaliado o serviço de atenção farmacêutica prestada, analisando a ficha individual de cada paciente (Anexo F, p. 123). Ao final de um ano, foram identificadas a quantidade de PRM observados e as soluções obtidas, bem como o tempo utilizado em cada encontro. Foi ainda analisada a satisfação de cada paciente com o serviço e a sua percepção do atendimento (Anexo G, p. 124).

3.7 Variáveis

A partir das entrevistas e das análises dos prontuários, pode-se obter diversas variáveis, que foram organizadas nos seguintes tópicos: I) aspectos relacionados às características demográficas e sociais do paciente, apresentando nove variáveis; II) aspectos relacionados à caracterização e evolução clínica do paciente, apresentando 22 variáveis; III) aspectos relacionados à caracterização e evolução da farmacoterapia do paciente, com 9 variáveis; e IV) aspectos relacionados à evolução da qualidade de vida do paciente, com 8 variáveis.

Adicionalmente, no decorrer do estudo, foram observados e descritos alguns aspectos relacionados à implantação e ao atendimento dos serviços realizados durante a atenção farmacêutica.

3.7.1. Aspectos relacionados às características demográficas e sociais do paciente

O primeiro grupo foi o de dados demográficos, que foi composto por: 1) idade, expressa em anos; 2) sexo: homens e mulheres; 3) estado marital: com parceiro e sem parceiro fixo; 4) escolaridade, compreendendo os níveis até o Ensino Fundamental completo e níveis superiores ao Ensino Fundamental completo; 5) procedência, nas categorias de procedentes de Ribeirão Preto, de outras cidades do Estado de São Paulo, excluindo os de Ribeirão Preto, e aqueles vindos de fora do Estado de São Paulo.

Foram também registrados os dados de natureza social: 6) renda, nas categorias com e sem renda própria; 7) renda *per capita* familiar, definida pelo valor da renda mensal familiar dividido pelo número de pessoas que moram na mesma casa; 8) cobertura de saúde, observando possuir ou não plano privado e 9) modo de aquisição dos medicamentos, classificado nas categorias: fornecido integralmente pelo SUS e fornecido parcialmente pelo SUS.

3.7.2. Aspectos relacionados à caracterização e evolução clínica do paciente

O segundo grupo de variáveis foi relacionado aos aspectos clínicos do paciente, considerando-se: 1) diagnóstico principal: DC, RCU e DII-I. Para se definir o diagnóstico principal e as características das doenças inflamatórias intestinais, quando do preenchimento do formulário de análise do prontuário, foi considerado os diagnósticos médicos registrados explicitamente, os quais, por sua vez, eram baseados no quadro clínico e nos resultados de exames endoscópicos, radiológicos, histopatológicos e laboratoriais de cada caso.

Em relação a caracterização da extensão e da localização da DII: 2) no caso da DC, foi considerada a doença presente somente no íleo (doença limitada ao íleo terminal, com ou sem envolvimento cecal), no íleo-cólon (doença no íleo terminal com ou sem envolvimento cecal, mais localização adicional entre o cólon ascendente e o reto), somente no cólon (doença exclusivamente colônica, localizada em qualquer segmento entre o ceco e o reto, sem envolvimento do intestino delgado ou do trato gastrointestinal superior) ou em outros segmentos do tubo digestivo (LOUIS et al., 2001); no caso da RCU, considerou-se esta variável como definida por proctite (inflamação da mucosa retal até 15 cm da linha denteada),

retossigmoidite (inflamação da mucosa até 25-30 cm da linha denteada), colite esquerda (inflamação da mucosa até a flexura esplênica, eventualmente, até o cólon transversal distal), ou colite extensa (inflamação da mucosa, estendendo-se, retrogradamente, desde o reto até o cólon transversal proximal, ou segmentos mais proximais, até a válvula íleo-cecal) (FARMER, 1987).

Ainda em relação a caracterização da forma evolutiva da DII: 3) para a DC, foi considerada como inflamatória (doença inflamatória sem complicações como fístulas, abscesso e obstrução), estenosante (presença de sintomas ou sinais de obstrução ou suboclusão intestinal com estenose demonstrada por exame radiológico, endoscopia ou cirurgia, na ausência de fístulas) e penetrante (presença de fístulas intra-abdominais, fístulas ou úlceras perianais, massas abdominais, abscessos, em qualquer momento na evolução da doença, excluídas as complicações pós-operatórias) (LOUIS et al., 2001); nos casos da RCU, esta variável foi considerada como leve/transitória (naqueles em que houve a remissão da doença sem necessidade de hospitalização ou transfusão), moderada (nos casos em que houve necessidade de transfusão sanguínea ou de duas ou mais internações, durante o período de acompanhamento) ou grave (nos casos em que houve necessidade de realização de proctocolectomia total ou em que foi feito diagnóstico de megacólon tóxico ou, ainda, quando houve óbito por causa associada à doença) (STONNINGTON et al., 1987).

A DII foi ainda caracterizada como: 4) atividade da doença, considerada como doença ativa, em remissão ou indeterminada. Para esta classificação, foram consideradas as anotações do diagnóstico médico registradas explicitamente no prontuário, baseadas no quadro clínico, exames laboratoriais e seguimento terapêutico, de modo análogo ao que se procedeu para definir extensão e localização e forma evolutiva das doenças. Caso não houvesse o registro explícito no prontuário da atividade da doença, foi feita análise detalhada das anotações sobre o quadro clínico do paciente, os resultados dos exames laboratoriais e a

conduta terapêutica adotada naquele momento, sendo que, para caracterização da atividade, no mínimo dois conjuntos de dados, dos três apresentados adiante, atividade clínica, alterações laboratoriais e conduta terapêutica, deveriam estar indicando atividade ou remissão. Caso contrário, o paciente era classificado como estando em atividade indeterminada.

A análise de dados do quadro clínico dos casos de DC baseou-se na classificação de Harvey e Bradshaw (1980) cujos critérios são apresentados no quadro 3.3. Os casos classificados como doença inativa/leve foram considerados como estando em remissão e aqueles com atividade de grau leve/moderada/grave foram considerados como em atividade.

Informações clínicas	Pontuação
1) Estado geral (ótimo=0; bom=1; mau=3; péssimo=4)	0-4
2) Dor abdominal (ausente=0; leve=1; moderada=2; grave=3)	0-3
3) Número de evacuações líquidas/dia	Nº/dia
4) Massa abnominal (ausente=0; duvidosa=1; bem definida=2; bem definida e dolorosa=3)	0-3
5) Complicações: artralgia/artrite, uveíte/irite, eritema nodoso, aftas orais, pioderma gangrenoso, fissura anal, fístulas, abscesso, etc.	1 ponto cada

Quadro 3. 3 – Índice de atividade inflamatória, com interpretação baseada na soma dos pontos: menos que 8, inativa/leve; de 8 a 10, leve/moderada; acima de 10, moderada/grave, na doença de Crohn (HARVEY; BRADSHAW, 1980).

Em pacientes com RCU, a análise de dados do quadro clínico foi baseada na classificação de Truelove e Witts (1955), cujos critérios são apresentados no quadro 3.4, utilizando dados de natureza clínica. Os casos classificados como leve foram considerados como estando em remissão e os classificados como em atividade moderada ou grave foram considerados como estando em atividade.

	LEVE	MODERADA	GRAVE
1) Número de evacuações/dia	≤ 4	4-6	> 6
2) Sangue vivo nas fezes	$\pm$	+	++
3) Temperatura	normal	valores intermediários	Temp. média noturna $>37.5^{\circ}\text{C}$ ou $>37.8^{\circ}\text{C}$ em 2 dias dentro de 4 dias
4) Pulso	normal	intermediário	>90 bpm

Quadro 3. 4 – Classificação da atividade inflamatória na retocolite ulcerativa (TRUELOVE; WITTS, 1955).

Na análise dos exames laboratoriais, consideraram-se as alterações nas dosagens de proteína C reativa (PCR), da alfa-ácido glicoproteína, na velocidade de hemossedimentação (VHS) e nas contagens de plaquetas e de leucócitos, considerando-se os valores normais adotados pelo Laboratório Central do HC-FMRP-USP: PCR - valores inferiores a 0,5 mg/dL; alfa-ácido glicoproteína – valores inferiores a 120 mg/dL; VHS - (primeira hora), valores inferiores a 20 mm (mulheres) ou menores que 15 mm (homens); contagem de plaquetas – faixa entre 150.000 e 450.000/mm³; número de leucócitos - faixa entre 4.000 e 11.000/mm³.

A análise da conduta terapêutica foi feita segundo os critérios presentes nos protocolos clínicos específicos para DII já mencionados anteriormente (BRASIL 2002A; 2002B).

Foram ainda analisados os índices clínicos de cada paciente. Para pacientes com DC, foi analisada a pontuação no índice proposto por Harvey e Bradshaw (1980), cujos critérios foram descritos anteriormente, que varia entre 0 a 30 pontos. Para a RCU, os índices foram calculados segundo os critérios propostos por Rembacken e equipe (1999), em que a pontuação varia de 0 a 37 pontos (Quadro 3.5). Em ambos os casos, a menor pontuação representa uma melhor condição clínica, sendo que a maior pontuação representa a pior

condição clínica. Para fins de análise conjunta dos resultados dos pacientes com DC e RCU, o valor do índice clínico de cada paciente foi exposto em porcentagem do valor máximo possível. Desta forma, obteve-se a variável: 5) índice clínico, em porcentagem, que pode variar entre 0% a 100%.

ASPECTO	PONTUAÇÃO
1. Frequência diária de evacuações	1 a 10 *
2. Sangue nas fezes (avaliação de uma semana)	
Nenhum	0
1 – 2 vezes/semana	1
3 – 4 vezes/semana	2
Diariamente	3
Em cada evacuação	4
3. Queixas e dados do exame físico	
Tenesmo	1
Urgência	1
Muco nas fezes	1
Incontinência fecal	1
Uveíte, irite ou episclerite	3
Artrite ou intensa artralgia	3
Eritema nodoso ou pioderma gangrenoso	3
Temperatura > 38°C	3
4. Dor abdominal	
Nenhuma	0
Leve	1
Moderada	2
Intensa	3
5. Estado geral	
Bom	0
Satisfatório	1
Regular	2
Mau	3
Péssimo	4

Quadro 3. 5 – Índice de atividade inflamatória para a retocolite ulcerativa inespecífica (REMBACKEN et al., 1999). * 1 ponto para cada evacuação após a 1ª, até o máximo de 10.

Outros aspectos das características clínicas observados foram: 6) paciente portador de outras doenças, além daquela constante do diagnóstico principal; 7) quantidade de outras doenças observadas; 8) duração da doença, definida pela diferença, em anos, entre a data da

entrevista e o ano de diagnóstico da doença principal; 9) tempo de acompanhamento no Ambulatório de Gastroenterologia para DII, definida pela diferença, em anos, entre a data da entrevista e a data de início de acompanhamento no ambulatório; 10) número de internações relacionadas à doença constante do diagnóstico principal; 11) operação prévia relacionada ao diagnóstico principal.

Ainda em relação aos aspectos clínicos, foram analisadas as seguintes variáveis: 12) número de consultas médicas, relacionados à DII; 13) número de consultas médicas necessárias para os outros problemas de saúde; 14) número de exames de sangue solicitados para a DII; 15) número de exames de sangue solicitados para outros problemas de saúde; 16) número de exames de fezes e urina solicitados para a DII; 17) número de exames de fezes e urina solicitados para outros problemas de saúde; 18) número de exames de imagem solicitados para a DII; 19) número de exames de imagem solicitados para outros problemas de saúde; 20) número de exames endoscópicos solicitados para a DII; 21) número de exames endoscópicos solicitados para outros problemas de saúde; 22) número de pacientes que tiveram complicações relacionadas à DII.

3.7.3. Aspectos relacionados à caracterização e evolução da farmacoterapia do paciente

O terceiro grupo de variáveis inclui os itens relacionado ao tratamento medicamentoso: 1) número de medicamentos prescritos para o tratamento da doença referente ao diagnóstico principal; 2) número de medicamentos prescritos para o tratamento de outros problemas de saúde; 3) número de momentos terapêuticos ocorridos durante o tratamento da

DII (FRANCO, 2006) e 4) número de momentos terapêuticos ocorridos entre o tratamento dos outros problemas de saúde (FRANCO, 2006).

Ainda em relação à farmacoterapia, para avaliar a adesão ao tratamento para a DII, foram realizadas: 5) a análise dos medicamentos utilizados (AMU); 6) o teste de Morisky (TM); 7) a análise dos medicamentos dispensados aos pacientes (AMDP). Com base nos dados obtidos com o emprego de cada um destes três métodos, os pacientes dos dois grupos foram classificados como mais ou menos aderentes.

A primeira forma de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito foi baseada na análise dos medicamentos utilizados (AMU), empregando técnica já empregada anteriormente (DEWULF et al., 2007). Para verificar se os pacientes estavam tomando adequadamente o medicamento conforme a prescrição médica, perguntava-se ao paciente: a) se estava fazendo uso de medicamento; b) qual medicamento tomava; c) qual a dose diária do medicamento em uso e d) qual a posologia empregada. Ressalte-se que, no presente estudo, empregou-se o termo “posologia” com o sentido particular de denotar o número de vezes e horário em que deveriam ser tomados os medicamentos. Estas informações foram cotejadas com os dados registrados do prontuário referentes à consulta médica imediatamente anterior à data da entrevista. A partir dos dados obtidos neste cotejo, constatou-se a ocorrência de dois grupos de situações que possibilitaram classificar os pacientes em menos aderentes e mais aderentes. Foram considerados como mais aderentes aqueles pacientes que tomavam os medicamentos prescritos exatamente conforme a prescrição médica. Foram considerados como menos aderentes os pacientes que relatavam: I) tomavam medicamentos a mais do que os prescritos; II) tomavam medicamentos a menos que os prescritos; III) tomavam outros medicamentos no lugar dos prescritos e IV) não tomavam os medicamentos prescritos para o tratamento. Ainda sobre esta análise, ressalta-se que ela foi realizada tendo como referência o tratamento medicamentoso específico para as DII. Assim, a avaliação de medicamentos de

outros tratamentos, ou que os pacientes relatassem fazer uso por escolha própria, não foram considerados.

A segunda forma de análise utilizada foi um teste específico para adesão, o teste de Morisky (MORISKY et al., 1982; MORISKY, GREEN; LAVINE, 1986). Este teste é composto por quatro perguntas (Quadro 3.6) que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento. O paciente é classificado no grupo de mais aderente quando as respostas a todas as perguntas são negativas. Porém, quando pelo menos uma das respostas é afirmativa, o paciente é classificado no grupo dos menos aderentes.

PERGUNTAS	Comportamento não intencional	Comportamento intencional
“Você, alguma vez, se esquece de tomar o seu remédio?”	X	
“Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar o seu remédio?”	X	
“Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio?”		X
“Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?”		X

Quadro 3. 6 – Teste de Morisky para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso. Perguntas que compõem o teste e classificação dos tipos de comportamento indicados pelas respostas (SEWITCH et. al., 2003).

Esta avaliação permite, também, discriminar se o comportamento de menor adesão é do tipo intencional ou do não intencional, sendo, também, possível caracterizar pacientes com de ambos os tipos de comportamentos de baixa adesão (SEWITCH et al., 2003). Estudos anteriores demonstraram a utilidade deste instrumento e estabeleceram a sua validade (PÉREZ et al., 2000; MORISKY GREEN; LEVINE, 1986; SVARSTAD et al., 1999), uma vez que possibilita identificar os verdadeiros não aderentes (SVARSTAD et al., 1999). Este

teste já foi traduzido e aplicado anteriormente no Brasil (GARCIA, 2003; TEIXEIRA, 1998) e por nós empregado em estudo prévio (DEWULF et al., 2007).

O terceiro instrumento para verificar a adesão ao tratamento medicamentoso foi a análise dos medicamentos dispensados aos pacientes (AMDP). Este método consistiu em analisar os dados de cada paciente, tendo como referência a sua frequência na retirada de medicamentos na farmácia ambulatorial do HC-FMRP-USP. Para isto, a Farmácia Ambulatorial proporcionou os dados presentes no sistema informatizado de controle de dispensação, denominado *MEDEX*. Este programa, implantado em 2007, registra os medicamentos fornecidos, as doses em uso e a quantidade mensal retirada pelo paciente. Desta forma, analisaram-se os dados a partir do mês em que o paciente foi inserido no estudo, até que se completasse um ano de acompanhamento. Para esta análise, foram classificados como mais aderentes os pacientes que retiraram os medicamentos no mês indicado. Como menos aderentes, foram considerados os pacientes que não compareceram na farmácia ambulatorial para retirar a medicação ou nos casos em que houve falta do medicamento. Nas situações em que ocorreu ausência de informação no sistema, este paciente foi excluído deste modo de análise.

Ainda com relação à farmacoterapia, avaliou-se também: 8) o conhecimento que os pacientes apresentavam sobre o seu tratamento, para o que se empregou o teste *MedTake* (RAEHL et al., 2002). O instrumento original para este teste é baseado no conhecimento do paciente sobre a medicação e a forma de uso. No momento da entrevista, o paciente apresenta a medicação que faz uso e o entrevistador registra a descrição das informações relativas à medicação prescrita. O entrevistador avalia o conhecimento acerca da dose, indicação, interação com alimentos e escala de tomada dos medicamentos apresentados pelo paciente. Assim, o conhecimento relativo a cada medicamento prescrito é avaliado e recebe um escore de 0 a 100%. Para o atual estudo, foi realizada uma modificação no teste em que se incluiu na

análise a avaliação do conhecimento do paciente relativo ao nome do medicamento em uso. Desta forma, foi calculada a porcentagem do conhecimento analisando o nome, a dose, a indicação, as interações com alimentos e a escala de tomadas (Quadro 3.7). Caso o paciente não soubesse relatar o nome da medicação, para este medicamento, recebia a pontuação mínima, ou seja, “zero”. Para cada informação foi atribuído um valor de 20%, podendo totalizar o máximo de 100% para cada medicamento. Após o cálculo da porcentagem do conhecimento para cada medicamento, foi realizada a média relativa aos medicamentos utilizados para o tratamento da DII. A análise foi realizada apenas para medicamentos utilizados para DII, porque eram estes os que se podia verificar no prontuário do paciente.

Nome e descrição de como o paciente toma a medicação	Nome (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Dose (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Indicação (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Interações com alimento (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Escala de tomada (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Escore para cada medicação 0-100%
1						
2						
3						
Escore da prescrição	---	---	---	---	---	Calcular média da coluna

Quadro 3. 7 – Teste *MedTake* modificado utilizado para avaliar o conhecimento dos pacientes sobre o tratamento medicamentoso (RAEHL et. al., 2002).

Outra forma empregada para a avaliação da evolução da terapêutica foi: 9) a quantificação dos momentos terapêuticos, que se referem às alterações ocorridas no conjunto de medicamentos prescritos em um determinado período de tempo, ou seja, no esquema terapêutico proposto. Neste estudo, as alterações do momento terapêutico foram registrados quando ocorresse mudança da medicação prescrita, seja ela qualitativa (no tipo de medicamento) ou quantitativa (na dose diária). Assim, a variação de um momento terapêutico para o outro não é baseada em unidades de tempo, mas sim na variação de medicamentos

prescritos, independentemente do tempo decorrido ou de número de consultas (FRANCO, 2006).

3.7.4. Aspectos relacionados à evolução da qualidade de vida do paciente

Para a avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o instrumento SF36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey*) (WARE, 1996), em sua forma traduzida para o Português (CICONELLI, 1997; CICONELLI et al. 1999). Este é um instrumento genérico de avaliação de saúde, de rápida aplicação e que apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (CICONELLI, 1997; CICONELLI et al. 1999).

O SF36 avalia oito dimensões da qualidade de vida, sendo que para todas obtém-se pontuação variando de 0 a 100, sendo que o menor valor representa a pior qualidade de vida e o maior valor a melhor qualidade de vida. O questionário utilizado é apresentado na seção de Anexos (Anexo E, p. 120). Um dos itens (segunda questão) mede a mudança de saúde comparada com o ano anterior, porém sem atribuir pontuação. Após a análise dos dados, a qualidade de vida foi descrita em oito dimensões: 1) capacidade funcional; 2) aspectos físicos; 3) dor; 4) estado geral de saúde; 5) vitalidade; 6) aspectos sociais; 7) aspectos emocionais e 8) saúde mental.

As oito escalas do SF36 avaliam a saúde nas quatro semanas precedentes à sua administração. São elas: 1) capacidade funcional: avalia como o indivíduo realizou suas tarefas diárias habituais, como se vestir, tomar banho, andar, subir escadas, etc., no período estudado; 2) aspectos físicos: avalia como a saúde física interferiu nas atividades domésticas

ou profissionais habituais; 3) dor: avalia a presença e a eventual intensidade da dor relatada no período em questão; 4) estado geral de saúde: avalia a percepção do indivíduo sobre a própria saúde e a sua expectativa em relação ao futuro; 5) vitalidade: avalia os graus de energia e de disposição da pessoa para realizar as suas tarefas diárias; 6) aspectos sociais: avalia o quanto as atividades sociais habituais do indivíduo foram afetadas por seu estado físico ou emocional; 7) aspectos emocionais: avalia como o estado emocional interferiu nas atividades diárias domésticas ou no trabalho, no período estudado; 8) saúde mental: avalia a interferência de sentimentos como ansiedade, depressão, felicidade e tranquilidade do cotidiano da pessoa.

3.7.5. Aspectos relacionados à implantação e ao atendimento do serviço de atenção farmacêutica.

Em relação ao serviço de atenção farmacêutica, foram avaliados: 1) o tempo gasto em cada entrevista; 2) o número de consultas; 3) o número de faltas às consultas; 4) o número de PRM observados; 5) o número de PRM resolvidos; 6) a descrição das intervenções; 7) os resultados obtidos e 8) a satisfação dos pacientes com o serviço. Os pacientes foram ainda questionados quanto à sua percepção do serviço, por meio de questão aberta, mas as respostas dadas, que permitirão análise qualitativa deste aspecto, não foram incluídas neste trabalho.

Em relação aos PRM, optou-se por utilizar a classificação de Cipolle, Strand e Morley (2006). Para cada medicamento é possível classificar apenas um PRM por análise e deve-se realizar esta seguindo a sequência de *indicação, efetividade, segurança e cumprimento*. Estes quatro domínios de problemas relacionados aos medicamentos são subdivididos e enumerados da seguinte forma: para o domínio indicação, 1) necessidade de

acréscimo de tratamento farmacológico; 2) tratamento farmacológico desnecessário; para o domínio efetividade, 3) medicamento inadequado; 4) posologia baixa; para o domínio segurança, 5) reação adversa a medicamento; 6) posologia elevada e para o cumprimento, 7) não cumprimento. A classificação e as principais causas dos PRM estão descritos nos quadros de 3.8 a 3.11.

Problemas de saúde e farmacoterapia envolvida no domínio indicação
<p><i>1 – Necessidade acréscimo de tratamento farmacológico:</i> O paciente apresenta uma condição clínica que requer o início de um novo tratamento farmacológico ou o emprego de um tratamento adicional.</p> <p><i>Causas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • O paciente tem um novo problema de saúde que exige uma nova terapêutica farmacológica. • O paciente tem uma desordem crônica que requer a continuação da terapia medicamentosa. • O paciente tem um problema de saúde que requer a farmacoterapia combinada para conseguir o sinergismo/potência dos efeitos. • O paciente corre o risco de desenvolver um novo problema de saúde evitável pelo uso de terapêutica farmacológica profilática e/ou pré-medicação.
<p><i>2 – Tratamento farmacológico desnecessário:</i> O paciente está tomando um medicamento que é desnecessário, dado a sua situação atual.</p> <p><i>Causas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • O paciente está tomando um medicamento sem indicação médica válida para a situação. • O paciente ingeriu de forma acidental ou intencional uma quantidade tóxica de um medicamento ou substância química. • O problema ou problemas do paciente está associado ao abuso de drogas, consumo de álcool ou tabagismo. • O problema de saúde do paciente pode ser tratado de forma mais eficiente sem a administração de fármacos. • O paciente está tomando vários medicamentos para um problema de saúde que a indicação é a administração de somente um fármaco. • O paciente está sendo submetido a um tratamento farmacológico para tratar uma reação adversa associada com outro medicamento que poderia ser prevenida.

Quadro 3. 8 - Problemas relacionados ao domínio da indicação da terapêutica farmacológica que devem ser resolvidos ou prevenidos (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2006).

Problemas de saúde e farmacoterapia envolvida no domínio efetividade
3 – Medicamento inadequado

O paciente está tomando o medicamento errado para o seu problema de saúde

Causas:

- O paciente tem um problema de saúde e usa um medicamento que não está sendo eficaz.
- O paciente é alérgico a este medicamento.
- O paciente está recebendo um medicamento que não é o mais eficaz para a indicação a ser tratada.
- O paciente apresenta fatores de risco que contra-indicam o uso deste medicamento.
- O paciente está recebendo um medicamento que é eficaz, mas não o mais barato.
- O paciente está recebendo um medicamento que é eficaz, mas não o mais seguro.
- O paciente apresenta uma infecção por microorganismos que são resistentes a este medicamento.
- O paciente tornou-se resistente ao tratamento atual.
- O paciente está sendo tratado com uma combinação de medicamentos desnecessária, quando o mais indicado seria o tratamento com um único medicamento.

4 – Posologia baixa

O paciente usa o medicamento correto, mas em uma dose inferior para o seu problema de saúde.

Causas:

- A posologia utilizada é muito baixa para produzir a resposta desejada neste paciente.
- As concentrações séricas do fármaco estão abaixo dos valores terapêuticos desejados.
- A forma da profilaxia (os antibióticos no pré-operatório foram administrados precocemente) foi inadequada para este paciente.
- O medicamento, posologia, via de administração ou conservações da formulação foram incorretas para este paciente.
- A flexibilidade da dose e intervalos de administração (escalas de insulina, analgésicos “segundo as necessidades”) é imprópria para este paciente.
- O tratamento farmacológico foi alterado antes que o ensaio terapêutico adequado fosse completado para este paciente.

Quadro 3. 9 – Problemas relacionados ao domínio de efetividade da terapêutica farmacológica que devem ser resolvidos ou prevenidos (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2006).

Problemas de saúde e farmacoterapia envolvida no domínio segurança
5 – Reação adversa a medicamento

O paciente apresenta um problema de saúde resultante de uma reação adversa a medicamento.

Causas:

- O medicamento foi administrado de modo rápido para este paciente.
- O paciente está apresentando uma reação alérgica a este medicamento.
- O paciente apresenta fatores de risco identificados que fazem que o emprego deste medicamento seja muito perigoso.
- O paciente tem tido uma reação idiossincrática a este medicamento.
- A biodisponibilidade do medicamento foi alterada em razão da interação com outro medicamento ou alimento que o paciente está ingerindo.
- O efeito do medicamento foi alterado em virtude da inibição/indução enzimática produzida por outro medicamento que o paciente está tomando.
- O efeito do medicamento foi alterado em virtude de uma substância no alimento que o paciente está ingerindo.
- O efeito do medicamento foi alterado em virtude do deslocamento dos lugares de fixação pela ação de outro medicamento que o paciente está tomando.
- O resultado do exame laboratorial do paciente sofreu modificações em virtude da interferência de um medicamento que o paciente está tomando.

6 – Posologia elevada

O paciente usa o medicamento correto, mas em uma dose superior para o seu problema de saúde.

Causas:

- A posologia é elevada para o paciente.
- As concentrações do medicamento no sangue do paciente estão acima de valores terapêuticos adequados.
- A dose do medicamento aumentou de forma rápida para o paciente.
- O paciente acumulou o fármaco com administração crônica.
- O medicamento, posologia, via de administração ou conversões da formulação foram incorretas para o paciente.
- A flexibilidade da dose e intervalos de administração (escalas de insulina, analgésicos “segundo as necessidades”) foi inapropriada para este paciente.

Quadro 3. 10 – Problemas relacionados ao domínio de segurança da terapêutica farmacológica que devem ser resolvidos ou prevenidos (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2006).

Problemas de saúde e farmacoterapia envolvida no domínio cumprimento

<p><i>7 – Não cumprimento</i></p>

<p>O paciente apresenta um problema de saúde resultante do uso inadequado do medicamento.</p>

<p><i>Causas:</i></p>

• O paciente não foi instruído sobre o modo de usar a medicação em razão de erro de terapêutica farmacológica (prescrição, dispensação, administração, vigilância). • O paciente não seguiu (não adesão) as instruções recomendadas para o uso de medicamento. • O paciente não tomou o medicamento de acordo com as instruções pelo alto custo do produto. • O paciente não tomou o(s) medicamento(s) de acordo com as instruções porque não as entendeu. • O paciente não tomou o(s) medicamento(s) de acordo com as instruções porque não era compatível com as próprias crenças de saúde.

Quadro 3. 11 – Problemas relacionados com o cumprimento da terapêutica farmacológica que devem ser resolvidos ou prevenidos (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2006).

Após a identificação dos PRM, conforme o quadro 3.1 (p. 21) anteriormente apresentado, foram estruturados os planos de cuidados e realizadas as intervenções pertinentes. As intervenções realizadas pelo farmacêutico-pesquisador foram catalogadas e analisadas segundo a classificação utilizada pelo *Pharmaceutical Care Network Europe* – PCNE (2009) (Quadro 3.12). Destaca-se que para cada problema relacionado ao medicamento, pode-se realizar mais de uma intervenção.

Domínio	Intervenção
Nível prescritor	Prescritor informado Prescritor consultado sobre informações Intervenção proposta e aprovada Intervenção proposta e não aprovada Intervenção proposta, sem retorno
Nível paciente	Orientação ao paciente Informação escrita Paciente referenciado ao prescritor Conversa com a família/cuidador
Nível medicação	Alteração de medicação Alteração de dose Alteração de formulação Alteração de instruções de uso Substituição de medicação Nova medicação iniciada Medicação retirada
Outra forma de intervenção	Outras Relatos de RAM a autoridades

Quadro 3. 12 – Classificação das formas de intervenção realizadas pelo serviço de Atenção Farmacêutica (PCNE, 2009).

A avaliação pessoal do paciente em relação ao serviço de atenção farmacêutica foi determinada por meio de um instrumento específico voltado à satisfação, previamente validado na Língua Inglesa (LARSON, ROVERS, MACKEIGAN, 2002) e traduzido para o Português por Lyra Jr. (2005). Este instrumento, que está apresentado nos Anexos (Anexo G, p. 124) compreende as dimensões: 1) qualidade da orientação (questões 3, 4, 6 e 11); 2) competência profissional e o manejo da farmacoterapia (questões 2, 5, 9 e 13); 3) consideração com o paciente (questões 1, 7, 8, 10 e 12); e 4) satisfação geral do paciente (questão 14). As respostas são expressas por meio de uma escala em que se escolhe uma de cinco alternativas: sempre, quase sempre, às vezes, quase nunca e nunca. Para cada item da escala foi atribuído uma porcentagem e obtiveram-se valores variando de 0 a 100%, sendo que o “zero” representa a menor grau de satisfação e o 100% o maior grau de satisfação.

3.8 Protocolos Clínicos e Material de Apoio

Para a realização das discussões sobre o caso clínico de cada paciente, foram utilizados os protocolos clínicos e terapêuticos para DC e RCU (BRASIL, 2002A, 2002B), assim como outras referências bibliográficas pertinentes, quando necessárias (TRAVIS et al., 2006; TRAVIS et al., 2008). Para os outros problemas de saúde, foram utilizados protocolos e consensos específicos de cada área e buscas no sistema Micromedex[®] que é uma base de dados com informações técnicas sobre mais de 11 mil medicamentos, acessado pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES (www.periodicos.capes.gov.br).

Como parte da proposta da AF foram realizadas ações de educação em saúde ao paciente, com e sem emprego de material educativo. Este material educativo, relativo aos medicamentos para o tratamento da DC e da RCU, foi confeccionado utilizando-se as orientações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde por meio dos protocolos clínicos e terapêuticos (BRASIL, 2002A; 2002B).

3.9. Aspectos éticos

O estudo foi submetido à apreciação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com proposta de desenvolvimento em estrita obediência aos preceitos da resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos, sendo aprovado sem restrições (Processo HCRP 5621/2006). O consentimento do paciente foi

obtido após sua devida informação sobre os objetivos do estudo, que foram específicos para cada grupo de pacientes. Isto foi feito mediante o emprego de termos próprios (Anexos H, I e J, p. 125, 126, 127), sendo que, somente após a obtenção do consentimento e a assinatura do correspondente termo, era iniciado o estudo.

3.10. Análise dos dados obtidos

Todos os dados coletados foram registrados e armazenados utilizando o programa Epi Info™ versão 3.2, de domínio público (<http://www.cdc.gov/epiinfo>). A análise estatística foi realizada com a assessoria do Centro de Métodos Quantitativos (CEMEQ) da FMRP-USP.

As variáveis do estudo foram avaliadas em diferentes tempos, utilizando dados retrospectivos e prospectivos. As variáveis foram avaliadas com marcos de tempo, considerando: T(-12) - um ano antes de iniciar o estudo; T(-6) - seis meses antes de iniciar o estudo; T(0) - o momento em que se iniciou o estudo; T(6) - seis meses após o início do estudo; T(12) - um ano após o início do estudo. Foi avaliada a influência da variável tempo e feitas comparações entre os grupos acompanhamento e controle. As comparações entre proporções de pacientes dos grupos foram realizadas por meio do teste exato de Fisher. Nestas comparações, foi feito o agrupamento dos casos de RCU com os de DII-I, dada a semelhança clínica entre as duas entidades. Este agrupamento foi também mantido nas demais análises.

Para a análise das variáveis contínuas, foi aplicado o modelo linear de efeitos misto (efeitos aleatórios e fixos) (SCHALL, 1991). Esta análise é utilizada em dados onde as respostas de um mesmo indivíduo estão agrupadas e a suposição de independência entre observações num mesmo grupo não é adequada. No modelo de efeitos mistos utilizado foi

considerado como efeito aleatório o conjunto dos indivíduos e, como efeitos fixos, os grupos, os tempos e a interação entre os mesmos. Para a variável índice clínico, em que foi analisada a evolução dos valores percentuais, também foi utilizado o modelo misto. Porém, os dados originais não apresentaram distribuição normal. Para que o modelo misto pudesse ser aplicado nesta análise primeiramente foi feita a normalização dos dados, por transformação logarítmica.

As diferenças ou associações foram consideradas estatisticamente significativas quando se encontraram valores de p menor ou igual a 0,05.

4. RESULTADOS

4.1. Características do paciente

Completaram o estudo 35 pacientes, que foram distribuídos em grupos GAF (N=18) e GC (N=17). Recusaram-se a participar do estudo nove pacientes, apresentando como justificativa, dificuldades devido a responsabilidades pessoais e em ser liberado do trabalho (4 pacientes), a distância da moradia ao hospital (2 pacientes), ou por desinteresse em participar de pesquisas (1 paciente). Dois pacientes não relataram o motivo. No total, 12 pacientes abandonaram o estudo, apresentaram como justificativa falta de tempo, três pacientes que recebiam a AF mensalmente, enquanto os outros 9 pacientes não apresentaram justificativa.

4.1.1. Características demográficas

A Tabela 4.1 apresenta os dados demográficos referentes à idade, sexo e estado marital dos 35 pacientes que finalizaram o estudo. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 4. 1- Idade, sexo e estado marital dos pacientes incluídos no estudo. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	GAF (N=18)	GC (N=17)
<i>Idade (anos)</i>		
Mediana	44	49
Variação (Mín. – Máx.)	20 – 62	24 – 69
<i>Sexo</i>		
Mulheres	9 (50,0)	9 (52,9)
Homens	9 (50,0)	8 (47,1)
<i>Estado marital</i>		
Com parceiro	13 (72,3)	11 (64,7)
Sem parceiro	5 (27,9)	6 (35,3)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, Mín.: valor mínimo; Máx.: valor Máximo.

A Tabela 4.2 apresenta os dados referentes à escolaridade e à procedência. Apesar de haver pequenas diferenças entre os grupos, estas não foram estatisticamente significativas.

Tabela 4. 2 – Escolaridade e procedência dos pacientes incluídos no estudo, distribuídos por grupo de origem. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	GAF (N=18)	GC (N=17)
<i>Escolaridade</i>		
Níveis até o Ensino Fundamental completo	10 (55,7)	11 (64,7)
Níveis superiores ao Ensino Fundamental completo	8 (44,5)	6 (35,3)
<i>Procedência</i>		
Ribeirão Preto	6 (33,3)	2 (11,8)
Estado de São Paulo	9 (50,0)	13 (76,5)
Fora do Estado de São Paulo	3 (16,7)	2 (11,8)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo.

4.1.2. Características sociais

As características sociais dos pacientes participantes do estudo são apresentadas na Tabela 4.3. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Tabela 4. 3 – Renda e cobertura de saúde dos pacientes incluídos no estudo. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	GAF (N=18)	GC (N=17)
<i>Renda</i>		
Com renda própria	13 (72,3)	11 (64,8)
Sem renda própria	5 (27,8)	6 (35,3)
<i>Renda per capita familiar (R\$)</i>		
Mediana	387,50	375,00
Min. – Máx.	100 – 7500	117 – 850
<i>Plano de saúde privado</i>		
Possui	5 (27,8)	6 (35,3)
Não possui	13 (72,3)	11 (64,7)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, Mín.: valor mínimo; Máx.: valor Máximo.

Como esperado, a medicação foi fornecida integralmente pelo SUS na grande maioria dos casos (Tabela 4.4).

Tabela 4. 4 – Forma de aquisição dos medicamentos para a doença inflamatória intestinal dos pacientes incluídos no estudo. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

Fornecido pelo SUS	GAF (N=18)	GC (N=17)
Integral	16 (88,9)	17 (100,0)
Parcial	2 (11,1)	----

SUS: Sistema Único de Saúde; GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo.

4.1.3. Características clínicas

Na Tabela 4.5, observa-se a composição dos grupos GAF e GC quanto ao tipo de doença inflamatória intestinal, assim como o tempo em que o paciente tem a doença inflamatória intestinal e há quanto tempo é acompanhado no ambulatório. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 4. 5 – Dados clínicos dos pacientes incluídos no estudo. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	GAF (N=18)	GC (N=17)
<i>Doença Inflamatória Intestinal</i>		
Doença de Crohn	11 (61,1)	7 (41,2)
Retocolite ulcerativa	6 (33,3)	10 (58,8)
DII Indeterminada	1 (5,6)	---
<i>Anos com a doença</i>		
Mediana	8	7
Variação (Mín. – Máx.)	3 – 27	3 – 30
<i>Anos em acompanhamento no GAD</i>		
Mediana	6	3
Variação (Mín. – Máx.)	2 – 10	2 – 29

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo; GAD: Ambulatório de Gastroenterologia específico para Doenças Inflamatórias Intestinais.

Em relação aos pacientes com doença de Crohn, pode-se observar que estes tiveram uma distribuição equilibrada nos dois grupos quanto à localização (Gráfico 4.1) e à forma (Gráfico 4.2). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 4. 1 – Distribuição percentual dos pacientes dos dois grupos com doença de Crohn quanto a localização da doença. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle.

Gráfico 4. 2 – Distribuição percentual dos pacientes dos dois grupos com doença de Crohn quanto a forma da doença. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle.

No gráfico 4.4, pode-se observar distribuição dos pacientes com retocolite ulcerativa, quanto a localização (Gráfico 4.3) e a forma (Gráfico 4.4). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 4. 3 - Distribuição percentual dos pacientes dos dois grupos com retocolite ulcerativa quanto a localização da doença. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle.

Gráfico 4. 4 - Distribuição percentual dos pacientes dos dois grupos com retocolite ulcerativa quanto a forma da doença. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle.

No Gráfico 4.5 pode-se observar o estado da atividade da doença nos pacientes que participaram do estudo. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 4. 5 - Distribuição percentual dos casos em relação a atividade da doença segundo o grupo de estudo. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle.

Ainda em relação aos aspectos clínicos, a Tabela 4.6 mostra os números de pacientes que realizaram operações e tiveram internações prévias ao início do estudo. Não houve diferença estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 4. 6 – Internações e operações prévias dos pacientes incluídos no estudo. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	GAF (N=18)	GC (N=17)
<i>Internações totais para DII</i>		
Número de pacientes que sofreram internações	13 (72,2)	8 (47,1)
Mediana do número de internações	1	0
Variação do número de internações (Mín. – Máx.)	0 – 3	0 – 4
<i>Operações prévias para DII</i>		
Número de pacientes que sofreram operações prévias	5 (27,8)	3 (17,6)
Mediana do número de operações	0	0
Variação do número de operações (Mín. – Máx.)	0 – 2	0 – 2

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, Mín.: valor mínimo; Máx.: valor Máximo.

Na Tabela 4.7, observa-se a proporção de pacientes que apresenta outras doenças além da DII.

Tabela 4. 7 – Ocorrência de outras doenças nos pacientes incluídos no estudo. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	GAF (N=18)	GC (N=17)
<i>Portador de outras doenças</i>		
Sim	15 (83,3)	15 (88,2)
Não	3 (16,7)	2 (11,8)
<i>Número de outras doenças</i>		
Mediana	3	1
Variação (Mín. – Máx.)	1 – 6	1 – 4

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, Mín.: valor mínimo; Máx.: valor Máximo.

No grupo GAF foram observados cinco tipos de manifestações extra-intestinais da DII: colangite esclerosante primaria, artralgia, espondilite, sacroileíte e eritema nodoso. Foram também observados os seguintes problemas de saúde associado: hipertensão arterial sistêmica (sete casos), obesidade (cinco casos), anemia (cinco casos), osteoporose (três casos), transtorno de depressão (três casos), transtorno de ansiedade (dois casos) e fibromialgia (dois casos). Houve a ocorrência em apenas um caso de nefrolitíase, asma, hipotireoidismo, artrite reumatóide, síndrome da hipertensão portal, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, esteato-hepatite não alcoólica, condromalacia de patela, hiperuricemia (gota), doença do refluxo gastro-esofágica, transtorno de personalidade, prolapso da válvula mitral e vitiligo.

No grupo controle outros problemas de saúde também foram observados. As manifestações extra-intestinais da DII ocorreram em dois casos com enteroartropatia. Os outros problemas de saúde foram: hipertensão arterial sistêmica (oito casos), anemia (dois casos), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (dois casos), osteoporose (dois casos), dislipidemia (dois casos), diabetes mellitus tipo 2 (dois casos) e fibromialgia (dois casos). Houve apenas uma ocorrência dos seguintes problemas de saúde: artrite reumatóide, transtorno de depressão, labirintopatia, doença do refluxo gastro-esofágica, neoplasia de

próstata e osteopenia. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto às proporções de pacientes com e sem doenças associadas.

4.1.4. Características da farmacoterapia

A Tabela 4.8 apresenta a mediana do número de medicamentos utilizados para o tratamento da DII e os valores totais de medicamentos em uso pelo paciente.

Tabela 4. 8 – Número de medicamentos em uso pelos pacientes incluídos no estudo.

Uso de medicamentos	GAF (N=18)	GC (N=17)
<i>Para DII</i>		
Mediana (Mín. – Máx.)	1 (1 – 4)	1 (1 – 4)
<i>Total</i>		
Mediana (Mín. – Máx.)	4 (1 – 10)	4 (1 – 9)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; DII: Doença Inflamatória Intestinal; N: número de pacientes em cada grupo, Mín.: valor mínimo; Máx.: valor Máximo.

A Tabela 4.9 apresenta dados sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes para o tratamento da DII. Destaca-se o predomínio do uso da azatioprina para a doença de Crohn e o uso de aminossalicilatos para a retocolite ulcerativa. Os aminossalicilatos utilizados foram a sulfassalazina e a mesalazina, por via oral ou retal. Os corticosteróides utilizados eram a prednisona, por via oral, e a hidrocortisona, por via retal. Os antibacterianos, metronidazol ou ciprofloxacina, eram utilizados por via oral.

Tabela 4. 9 – Dados sobre a classe terapêutica dos medicamentos para doença inflamatória intestinal em uso pelos pacientes incluídos no estudo. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

CLASSE	GAF (N=18)		GC (N=17)	
	DC	RCU	DC	RCU
Aminossalicilatos	3 (16,7)	5 (27,4)	1 (5,9)	8 (46,9)
Azatioprina	4 (22,4)	2 (11,2)	2 (11,8)	
Aminossalicilatos e azatioprina	3 (16,7)	---	---	2 (11,8)
Aminossalicilatos e corticosteróides	1 (5,6)	---	---	---
Azatioprina e corticosteróides	---	---	2 (11,8)	---
Aminossalicilatos e metronidazol	---	---	1 (5,9)	---
Infliximabe e metotrexate	---	---	1 (5,9)	---

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; DC: pacientes com doença de Crohn; RCU: pacientes com retocolite ulcerativa. N: número de pacientes em cada grupo.

Como tratamentos para condições secundárias às doenças inflamatórias intestinais no GAF registraram-se os seguintes medicamentos: colestiramina, metamucil (dois casos), omeprazol (dois casos), sulfato ferroso e loperamida. No grupo controle, foram utilizados o ácido fólico, omeprazol, butilbrometo de escopolamina (Buscopan®), complexo de vitamina B, sulfato ferroso, hidróxido de Ferro III polimaltosado (Noripurum®).

Como tratamento medicamentoso sem registro no prontuário que estava sendo utilizado pelos pacientes do GAF foi observado o uso de dipirona (dois casos), dimeticona, loperamida, butilbrometo de escopolamina e piroxican. Já no grupo controle, foi observado o uso de dipirona, butilbrometo de escopolamina, diclofenaco e paracetamol.

4.2. Evolução do paciente

4.2.1. Evolução clínica

No Gráfico 4.6 apresenta-se a evolução dos valores dos índices clínicos dos pacientes do GAF e do GC. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Porém, no que se refere à influência do tempo, observou-se redução estatisticamente significativa nos índices clínicos do tempo T(6) para o tempo T(12) no GAF ($p=0,02$). Os valores da porcentagem dos índices clínicos para cada grupo são apresentados no Apêndice A (p. 128).

Gráfico 4. 6 – Valores médios dos percentuais de índices clínicos para os grupos GAF e GC. Os pontos são valores discrepantes e o asterisco significa diferença estatisticamente significativa. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(-12): 12 meses antes do início do estudo; T(-6): seis meses antes do início do estudo; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Em relação ao estado de atividade da doença no momento das avaliações feitas nos vários tempos do acompanhamento, observou-se predomínio da doença em remissão (Tabela 4.10), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, bem como em relação ao tempo.

Tabela 4. 10 – Número de casos em atividade da doença no momento da avaliação, nas consultas, nos diferentes tempos do estudo. Os números entre parênteses correspondem às porcentagens.

	GAF			GC		
	(N=18)			(N=17)		
	Atividade	Remissão	Indeterminado	Atividade	Remissão	Indeterminado
T(-12)	2 (11,1)	15 (83,3)	1 (5,6)	5 (29,4)	10 (58,8)	2 (11,8)
T(-6)	2 (11,1)	16 (88,9)	0 (0,0)	3 (17,6)	13 (76,5)	1 (5,9)
T(0)	2 (11,1)	15 (83,3)	1 (5,6)	3 (17,6)	14 (82,4)	0 (0,0)
T(6)	4 (22,2)	14 (77,8)	0 (0,0)	3 (17,6)	14 (82,4)	0 (0,0)
T(12)	3 (16,7)	15 (83,3)	0 (0,0)	5 (29,4)	12 (70,6)	0 (0,0)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo; T(-12): 12 meses antes do início do estudo; T(-6): seis meses antes do início do estudo; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

No que se refere ao número de consultas realizadas pelos pacientes dos dois grupos (Tabela 4.11), observa-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e entre os tempos estudados.

Tabela 4. 11 – Número de consultas realizadas pelos pacientes dos dois grupos durante o estudo.

	GAF (N=18)		GC (N=17)	
	Consulta médica para DII	Consulta médica para outros problemas de saúde	Consulta médica para DII	Consulta médica para outros problemas de saúde
T(-12) – T(-6) Mediana (Mín. – Max.)	2,0 (1 – 5)	0,0 (0 – 3)	3,0 (1 – 6)	0,0 (0 – 1)
T(-6) – T(0) Mediana (Mín. – Max.)	2,0 (1 – 5)	0,0 (0 – 5)	2,0 (1 – 9)	0,0 (0 – 3)
T(0) – T(6) Mediana (Mín. – Max.)	2,0 (1 – 5)	0,0 (0 – 2)	2,0 (1 – 5)	0,0 (0 – 3)
T(6) – T(12) Mediana (Mín. – Max.)	2,0 (1 – 5)	0,0 (0 – 2)	2,0 (1 – 5)	0,0 (0 – 8)

T(-12): 12 meses antes do início do estudo; T(-6): seis meses antes do início do estudo; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo; N: número de pacientes em cada grupo, DII: Doenças Inflamatórias Intestinais, Mín.: valor mínimo; Máx.: valor Máximo.

Além do número de consultas médicas realizadas, foi analisado o número de exames realizados para a DII e para os outros problemas de saúde. Dentre o número de exames solicitados, foram analisado, separadamente, o número de exames de sangue, exames de fezes e urina, exames de imagem e radiológicos e, por fim, exames endoscópicos. Os valores encontrados, que foram semelhantes nos dois grupos, são apresentados em tabelas no Apêndice B (p. 129). Não houve diferença estatisticamente significativa associada com o tempo ou entre os grupos.

Durante o estudo, observou-se que apenas dois pacientes do GAF apresentaram alguma complicação (fístulas) da DII, durante o primeiro semestre do período de acompanhamento. Apenas neste grupo, ocorreu também a necessidade de internações, em um caso no primeiro semestre e noutro no segundo semestre do período de acompanhamento. Deve-se ressaltar que, em ambos os grupos, nenhum paciente necessitou realizar operações durante o período do estudo.

4.2.2. Evolução quanto à farmacoterapia

Nas tabelas a seguir, serão apresentados os dados sobre a evolução quanto ao uso de medicamentos. A Tabela 4.12 apresenta a evolução da adesão ao tratamento segundo o teste de Morisky. Houve aumento gradual no número de pacientes mais aderentes no GAF, o que não ocorreu no GC. Esta associação com o tempo T(0), T(6) e T(12) foi estatisticamente significativa ($p=0,04$). Observa-se também que o número de pacientes mais aderentes no tempo T(12) foi maior no GAF que no GC, mas a significância estatística não foi atingida ($p=0,09$).

Tabela 4. 12 – Evolução da adesão ao tratamento medicamento avaliada pelo teste de Morisky nos dois grupos, nos vários tempos do estudo. Os números entre parênteses correspondem as porcentagens.

	GAF (N=18)			GC (N=17)		
	T(0)	T(6)	T(12)	T(0)	T(6)	T(12)
Mais aderente	5 (27,8)	10 (55,6)	13 (72,2)	7 (41,2)	7 (41,2)	7 (41,2)
Menos aderente	13 (72,2)	8 (44,4)	5 (27,8)	10 (58,8)	10 (58,8)	10 (58,8)
Não intencional	9 (69,2)	5 (62,5)	5 (100,0)	6 (60,0)	3 (30,0)	6 (60,0)
Intencional	1 (7,7)	---	---	1 (10,0)	---	---
Ambos	3 (23,1)	3 (37,5)	---	3 (30,0)	7 (70,0)	4 (40,0)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Na Tabela 4.13 apresenta-se a evolução da adesão ao tratamento medicamentoso, quando avaliada pela AMU. Houve tendência a aumento do número de pacientes mais aderentes no GAF, mas não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ou associadas com o tempo.

Tabela 4. 13 – Evolução da adesão ao tratamento medicamento pela Análise dos Medicamentos Utilizados nos dois grupos, nos vários tempos do estudo. Os números entre parênteses correspondem as porcentagens.

	GAF (N=18)			GC (N=17)		
	T(0)	T(6)	T(12)	T(0)	T(6)	T(12)
Mais aderente	13 (72,2)	13 (72,2)	16 (88,9)	15 (88,2)	13 (76,5)	14 (82,4)
Menos aderente	5 (27,8)	5 (27,8)	2 (11,1)	2 (11,8)	4 (23,5)	3 (17,6)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Em relação a análise dos medicamentos dispensados aos pacientes, observaram-se alguns problemas com a coleta de dados. Dos 18 pacientes do grupo GAF, foi possível obter os dados completos de apenas cinco deles, uma vez que nove casos apresentaram problemas nos registros e em quatro casos não houve condições para análise. Este último fato ocorreu em pacientes de outra DRS ou de outro Estado. Já nos 17 pacientes do grupo controle, houve apenas quatro casos com registros completos, três com problemas e em 10 casos não foi possível realizar qualquer tipo de análise. A partir dos dados coletados realizou-se a AMDP, resultando na porcentagem dos pacientes mais aderentes que é apresentado no Gráfico 4.7. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Observou-se apenas tendência a maior adesão entre T(0) e T(12) ($p=0,06$) no grupo GAF.

Gráfico 4. 7 – Porcentagem de pacientes classificados como mais aderentes ao tratamento medicamentoso, nos vários tempos do estudo, segundo a análise dos medicamentos dispensados aos pacientes. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Com relação ao conhecimento do paciente em relação ao tratamento medicamentoso em uso, os valores obtidos com a aplicação “*MedTake test*” adaptado são apresentados no Gráfico 4.8. Verificou-se que, no GAF houve aumento estatisticamente significativo do conhecimento do tempo T(0) para o T(6) ($p = 0,03$) e do T(0) para o T(12) ($p \leq 0,0001$), assim como entre o T(6) e T(12) ($p = 0,005$). Destaca-se também que foi observada diferença estatisticamente significativa entre GAF e GC no T(12) ($p = 0,01$).

Gráfico 4. 8 – Evolução dos resultados do teste *MedTake* para avaliar o conhecimento dos pacientes sobre o tratamento medicamentoso. Os pontos são valores discrepantes e os asteriscos significam relação estatisticamente significativa. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

A Tabela 4.14 apresenta os números de medicamentos utilizados e de momentos terapêuticos observados por cada pacientes. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, em nenhum tempo do estudo.

Tabela 4. 14 – Mediana dos números de medicamentos utilizados e momentos terapêuticos observados nos dois grupos, nos vários tempos do estudo. Os números entre parênteses compõem a variação (mínimo-máximo).

	GAF (N=18)	GC (N=17)
<i>Número de medicamentos em uso para DII</i>		
T(-12)	1,0 (1 – 2)	1,0 (1 – 4)
T(-6)	1,0 (1 – 2)	2,0 (1 – 6)
T(0)	1,0 (1 – 4)	1,0 (1 – 4)
T(6)	1,0 (1 – 2)	1,0 (1 – 5)
T(12)	1,0 (1 – 2)	1,0 (1 – 5)
<i>Número de medicamentos em uso geral além da DII</i>		
T(-12)	1,0 (0 – 6)	2,0 (0 – 7)
T(-6)	1,5 (0 – 6)	2,0 (0 – 4)
T(0)	2,0 (0 – 6)	1,0 (0 – 5)
T(6)	3,0 (0 – 7)	2,0 (0 – 4)
T(12)	3,0 (0 – 7)	2,0 (0 – 6)
<i>Número de momentos terapêuticos para DII</i>		
T(-12) – T(-6)	0,0 (0 – 3)	0,0 (0 – 5)
T(-6) – T(0)	0,0 (0 – 4)	1,0 (0 – 4)
T(0) – T(6)	1,0 (0 – 4)	0,0 (0 – 2)
T(6) – T(12)	0,0 (0 – 4)	0,0 (0 – 4)
<i>Número de momentos terapêuticos gerais além da DII</i>		
T(-12) – T(-6)	1,0 (0 – 7)	2,0 (0 – 4)
T(-6) – T(0)	0,0 (0 – 5)	1,0 (0 – 10)
T(0) – T(6)	1,0 (0 – 5)	0,0 (0 – 5)
T(6) – T(12)	1,0 (0 – 8)	0,0 (0 – 4)

N: número de pacientes em cada grupo, GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo; DII: Doenças Inflamatórias Intestinais.

4.2.3. Evolução na qualidade de vida

Os Gráficos 4.9 a 4.16 apresentam os resultados referentes aos diferentes domínios da qualidade de vida. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para nenhum domínio, em qualquer tempo do estudo, à exceção do domínio saúde mental, em ambos os grupos, e dos aspectos físicos no GC. No domínio saúde mental, observou-se aumento dos escores do tempo T(0) para o T(12) ($p = 0,04$), tanto para o grupo GAF, como

para o grupo GC ($p = 0,01$). Observou-se ainda que este aumento ocorreu mais cedo no grupo GAF, entre o T(0) e T(6) ($p \leq 0,01$). Apenas no GC, ocorreu um aumento de escores significativos entre o tempo T(6) e T(12) ($p = 0,01$) para o domínio aspectos físicos. As tabelas com todos os dados estão disponíveis no Apêndice C (p. 130).

Gráfico 4. 9 – Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por *Box-Plot* no domínio “capacidade funcional”. Os pontos representam os valores discrepantes; GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Gráfico 4. 10 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por *Box-Plot* no domínio “aspectos físicos”. O asterisco representa relação estatisticamente significativa; GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Gráfico 4. 11 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por *Box-Plot* no domínio “dor”. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Gráfico 4. 12 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por *Box-Plot* no domínio “estado geral de saúde”. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Gráfico 4. 13 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por *Box-Plot* no domínio “vitalidade”. Os pontos representam os valores discrepantes; GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Gráfico 4. 14 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por *Box-Plot* no domínio “aspectos sociais”. Os pontos representam os valores discrepantes; GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Gráfico 4. 15 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por *Box-Plot* no domínio “aspectos emocionais”. GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Gráfico 4. 16 - Pontuação no questionário de qualidade de vida (SF36) representada por *Box-Plot* no domínio “saúde mental”. Os asteriscos representam relação estatisticamente significativa; GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

4.3. Dados do serviço de Atenção Farmacêutica

A Tabela 4.15 apresenta-se o tempo utilizado nas consultas de acompanhamento dos pacientes do GAF. Apresentam-se também os números de consultas realizadas e de faltas dos pacientes deste grupo.

Tabela 4. 15 – Tempo, em minutos, utilizado nas consultas de atenção farmacêutica e número de consultas, com registro de comparecimento ou ausência.

GAF (N=18)			
	Média	Mediana	Mínimo – Máximo
<i>Tempo das consultas</i>			
Consulta inicial	38,4	35	20 - 70
1º trimestre	37,2	35	20 - 73
2º trimestre	26,3	24,5	10 - 50
3º trimestre	16,1	15	10 - 29
4º trimestre	16,1	15	7 - 30
<i>Consultas</i>			
Comparecimento	8,4	8,5	4 - 13
Faltas	1,1	1	0 - 5

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; N: número de pacientes em cada grupo.

A Tabela 4.16 apresenta o número total dos PRM e os relativos à DII observados no GAF. Apresenta também o número dos PRM resolvidos, a identificação do risco em ocorrer o PRM e os que foram prevenidos.

Tabela 4. 16 – Números de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) observados, resolvidos, potenciais e prevenidos, por paciente, encontrados no estudo no grupo que recebeu atenção farmacêutica (GAF).

PRM	GAF (N=18)			
	Média	Mediana	Mínimo - Máximo	Total
Observados				
Totais observados	3,8	3,0	1 - 9	68
Observados para DII	2,4	2	0 - 5	43
Totais observados e resolvidos	3,3	3,0	1 - 9	60
Observados para DII e resolvidos	2,2	2,0	0 - 5	40
Potenciais				
Totais potenciais	0,8	0,5	0 - 3	14
Potenciais para DII	0,7	0,5	0 - 2	12
Totais potenciais e prevenidos	0,7	0,5	0 - 2	13
Potenciais para DII e prevenidos	0,6	0,5	0 - 2	11

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; N: número de pacientes em cada grupo, DII: Doenças Inflamatórias Intestinais.

A distribuição dos tipos de PRM observados e resolvidos durante o estudo está disposta no Gráfico 4.17. Destaca-se a grande quantidade de PRM 7, os relacionados ao cumprimento da farmacoterapia indicada.

Gráfico 4. 17 – Distribuição dos tipos de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) observados no estudo. Tipos de PRM: 1-necessidade de acréscimo de tratamento; 2-tratamento farmacológico desnecessário; 3-medicamento inadequado; 4-posologia baixa; 5-reação adversa a medicamento; 6-posologia elevada; 7-não cumprimento.

Em relação aos PRM potenciais, foram identificados 14 casos, sendo todos relacionados a reação adversa a medicamento. Após as intervenções, observou-se prevenção destes PRM potenciais em 12 casos.

No Gráfico 4.18 pode-se observar a relação entre o número médio de PRM observados e a quantidade total de medicamentos em uso pelos pacientes. Já no Gráfico 4.19, pode-se observar a relação do número médio de PRM com a quantidade total de problemas de saúde por paciente.

Gráfico 4. 18 – Relação entre o número total de medicamentos utilizados pelo paciente e o número médio de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) observados no estudo.

Gráfico 4. 19 - Relação entre o número total de problemas de saúde por paciente e o número médio de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) observados no estudo.

Em relação às intervenções, foi realizado um total de 126. Estas variaram de 2 a 14 intervenções por paciente, com uma mediana de seis. Na Tabela 4.17, pode-se observar quais foram as principais intervenções realizadas. Os detalhes das intervenções são apresentados no Apêndice D (p. 131).

Tabela 4. 17 – Descrição das intervenções totais realizadas durante o estudo.

Domínio	Intervenção	Número de ocorrências
Nível prescritor	Intervenção proposta e aprovada	13
	Prescritor consultado sobre informações	1
	Intervenção proposta, sem retorno	1
	Prescritor informado	1
Nível paciente	Orientação ao paciente	90
	Paciente referenciado ao prescritor	10
	Informação escrita	3
Nível medicação	Alteração de dose	3
	Substituição de medicação	2
	Nova medicação iniciada	1
	Medicação retirada	1

Em relação a satisfação do paciente com o serviço de atenção farmacêutica, destaca-se o encontro de altos valores de satisfações, em todas as dimensões (Tabela 4.18).

Tabela 4. 18 – Porcentagem de satisfação do paciente em relação ao serviço de atenção farmacêutica.

	GAF (N=18)	
	Mediana	Mín. – Max.
<i>Qualidade da orientação</i>		
Se o(a) Sr(a) tem alguma dúvida sobre a prescrição, existe sempre um farmacêutico disponível para lhe orientar?	100	50 - 100
O farmacêutico sabe explicar as coisas de um modo que o(a) Sr(a) entenda?	100	100 - 100
O farmacêutico confirma se o(a) Sr(a) entendeu como tomar os medicamentos?	100	100 - 100
O(a) Sr(a) tem dificuldade de entender o farmacêutico?	100	50 - 100
<i>Competência profissional e o manejo da farmacoterapia</i>		
O farmacêutico explica os possíveis efeitos colaterais que um novo medicamento pode causar ao(a) Sr(a)?	100	25 - 100
O farmacêutico não é tão detalhista quanto poderia ser?	100	0 - 100
O farmacêutico é um profissional competente?	100	100 - 100
Há muitas distrações (na sala da atenção farmacêutica) que fazem com que o Sr(a) não receba um bom atendimento?	100	100 - 100
<i>Consideração com o paciente</i>		
O farmacêutico fica com o Sr(a) tanto tempo quanto necessário?	100	5 - 100
O farmacêutico às vezes não fica tempo suficiente com o (a) Sr(a)?	100	0 - 100
O farmacêutico é amigável com o(a) Sr(a)?	100	75 - 100
O(a) Sr(a) tem que esperar muito tempo antes que consiga ser atendido pelo farmacêutico?	100	0 - 100
O farmacêutico se interessa sinceramente pelo Sr(a), como pessoa?	100	75 - 100
<i>Satisfação geral do paciente</i>		
O(a) Sr(a) está satisfeito com o atendimento que está recebendo do farmacêutico?	100	100 - 100

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; N: número de pacientes em cada grupo; Mín.: valor mínimo; Máx.: valor Máximo.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo sobre a contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento de pacientes com DII observou-se melhora dos pacientes do GAF nos aspectos clínicos e da farmacoterapia, bem como na qualidade de vida. Avaliando-se a contribuição quanto aos aspectos clínicos, verificou-se melhora no último semestre no índice clínico dos pacientes do grupo submetido à intervenção. Em relação aos aspectos da farmacoterapia, observou-se que houve melhora significativa da adesão ao tratamento medicamentoso avaliado por meio do teste de Morisky. Foi também observada melhora em relação ao conhecimento do paciente sobre o seu tratamento, em que se pôde observar diferença estatisticamente significativa entre o GAF e o GC, ao final do estudo. Quanto à qualidade de vida, ocorreu melhora no domínio saúde mental em ambos os grupos de estudo, porém, com benefício mais precoce no GAF. Em relação às intervenções próprias da atenção farmacêutica, foram registradas médias, por paciente, de 3,8 PRM totais e de 3,3 PRM totais resolvidos. As intervenções necessárias foram predominantemente focadas em orientações aos pacientes, alcançando resultados positivos ao final da intervenção, segundo os objetivos estabelecidos no início do tratamento. Ainda em relação ao serviço de atenção farmacêutica, observou-se alto grau de satisfação por parte do paciente. Considerando, assim, os resultados deste estudo, observa-se que estes indicam que a atenção farmacêutica proporciona benefícios ao paciente com DII acompanhados em ambulatório de hospital universitário.

Em relação à amostragem do estudo, o número de pacientes incluídos nos dois grupos pode ser considerado como relativamente pequeno. Porém, a análise do número de pacientes incluídos no estudo, em relação à população total de pacientes com DII acompanhados no ambulatório onde o estudo foi feito, revela que a maioria (87,5%) da

população que preenchia os critérios de inclusão foi convidada a participar do estudo, sendo que cerca de metade dela (54,7%) finalizou o estudo. Dentre estes 56 pacientes convidados, 83,9% aceitaram participar e 62,5% finalizaram o estudo. Estes dados indicam que a referida amostragem foi representativa.

Outro aspecto que indica que a amostra foi representativa da população alvo é o fato de que a caracterização dos pacientes com DII, quanto aos aspectos específicos demográficos e clínicos, resultou em grupos com características semelhantes às descritas na literatura. Assim é que a mediana de idade de 44 anos para o grupo submetido à AF e 49 anos para o GC, a distribuição quanto ao sexo, bem como a predominância de pacientes com parceiro fixo são concordantes com os dados da literatura (GLICKMAN, 1995; SHALE; RILEY, 2003). Quanto aos aspectos clínicos, nos pacientes com a DC, em ambos os grupos, houve o predomínio da localização no íleo (54,5% no GAF e 42,9% no GC) e ileocolônica (36,4% no GAF e 42,9% no GC). Em relação à forma, observou-se a predominância (45,4%) da forma penetrante para o GAF e da forma inflamatória (57,1%) para GC. Além disso, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto a estes aspectos da doença, que foram concordantes com os dados da literatura (GABURRI et al., 1998; SHALE; RILEY, 2003). Nos casos de RCU, houve predomínio da colite extensa (66,6%) para o GAF e a colite esquerda (50%) para o GC, porém sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Em ambos os grupos, as formas leve e transitória foram predominantes, como descrito em outros trabalhos (GLICKMAN, 1995; SHALE; RILEY, 2003). Em ambos os grupos, foi observado, ainda, maior proporção de pacientes em remissão, bem como elevadas proporções de internações e de operações prévias realizadas nos casos da doença de Crohn. Estas características são, também, semelhantes às descritas (GLICKMAN, 1995; SHALE; RILEY, 2003).

A relativa semelhança entre os dois grupos, com ausência de diferenças estatisticamente significativas entre eles quanto aos vários aspectos da sua caracterização, indica ainda que o processo de casualização foi eficaz.

Outro aspecto em relação a caracterização da amostra, foi a forma de sua constituição, quanto aos critérios de inclusão. Alguns estudos de atenção farmacêutica tiveram como critério básico a inclusão de pacientes com maior complexidade em seu tratamento farmacoterapêutico, o que é preconizado para estudos específicos para pacientes ambulatoriais com alto risco de PRM e necessidade de seguimento farmacêutico (KOECHLER et al., 1989; LYRA JR, 2005; BORGES, 2008). Isto não ocorreu neste trabalho. Segundo Strand e equipe (2004), para iniciar o serviço de atenção farmacêutica, não se deve escolher o paciente que possua características convenientes ao serviço. As pessoas que tomam medicamentos ou devem tomar, devem ser incluídas no serviço (STRAND et al., 2004). No atual estudo, como critério de inclusão, foi considerada a utilização de medicamentos para DII, porém não foi determinado um número mínimo de medicamentos em uso. Todo paciente que necessitava utilizar a medicação foi incluído no estudo, sendo acompanhado e recebendo a atenção farmacêutica relacionada à DII e os outros problemas de saúde existentes. Desta forma, com um critério de seleção mais abrangente, houve, na amostra, pacientes que utilizavam poucos medicamentos. Este fato pode ter dificultado a confirmação da hipótese inicial do estudo, já que torna alta a probabilidade de haver número menor de problemas relacionados ao tratamento do paciente.

Soma-se a isto outra dificuldade de confirmação de hipótese, a característica de ter havido nos dois grupos altas proporções de pacientes em remissão, o que pode indicar maior efetividade do tratamento. Isto, possivelmente, está relacionado à boa qualidade do serviço de assistência ambulatorial. Além do critério de inclusão e da estabilidade clínica dos pacientes acompanhados, pode-se considerar ainda como fatores que dificultaram a comprovação mais

plena da hipótese o número relativamente pequeno de pacientes incluídos no estudo, como já comentado, e o tempo relativamente curto de acompanhamento do paciente. Outros estudos realizados para avaliar a eficácia da atenção farmacêutica foram desenvolvidos em diferentes condições. Em relação à amostra, na literatura, pode-se encontrar estudos com amostras de tamanhos também relativamente pequenos, de 21 pacientes, como também estudos com amostras maiores, em torno de 200 a 300 pacientes (GONZÁLEZ-MARTIN; JOO; SÁNCHEZ, 2003; FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004; MAZROUI et al., 2009; BENEY; BERO; BOND, 2010). No estudo publicado sobre os 25 anos de AF nos Estados Unidos da América - EUA, a amostra discutida no artigo foi de 2985 pacientes, analisados pelo período de três anos (STRAND et al., 2004). Em relação ao período do estudo, apesar de variado, em alguns estudos é relatado o acompanhamento do pacientes no período aproximado de um ano (GONZÁLEZ-MARTIN; JOO; SÁNCHEZ, 2003; LYRA JR, 2005; MAZROUI et al., 2009; BENEY; BERO; BOND, 2010).

A recusa em participar do estudo e o abandono do estudo ocorreu em ambos os grupos, em proporções semelhantes, sem diferenças estatisticamente significativas (Figura 3.1, p. 19). Os motivos para não participar do estudo, principalmente para o GAF, foram relacionados à dificuldade de liberação no emprego e à distância da residência ao HC-FMRP-USP. Deve-se destacar que os pacientes de DII, em sua maioria, são pacientes em idade economicamente ativa. Em estudo realizado na farmácia ambulatorial do HC-FMRP-USP, durante o período de um ano, foi observado que o próprio paciente vem retirar a medicação em menos da metade dos casos, variando de 27 a 42%, e estes delegam a atividade à outras pessoas (SOUZA et al., 2009). Em relação ao abandono, ocorreu em oito casos dos 26 (30,8%) pacientes que aceitaram participar do estudo e foram alocados no GAF e de quatro, dentre os 21 (19%) integrantes do GC, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Estes valores percentuais de abandono são próximos aos resultados

verificados em um estudo de atenção farmacêutica ambulatorial hospitalar (19,7%) de Porto Alegre, RS (CASTRO et al., 2006). Os percentuais de abandono observados no presente estudo, por outro lado, foram menores que os de outros estudos realizados na cidade de Ribeirão Preto, SP, em postos de saúde com nível de atenção secundário, que apresentaram porcentagens de 43,7%, no caso de pacientes diabéticos (BORGES, 2008) e de 40,5% em pacientes com hipertensão arterial (LYRA JR, 2005). As diferenças nos percentuais de abandono podem indicar relações diferenciadas do paciente com os distintos níveis do sistema de saúde. É possível também que o percentual relativamente menor de abandono no serviço terciário reflita a maior necessidade de atendimento, devido a maior complexidade da doença.

O primeiro aspecto avaliado para se verificar a contribuição da atenção farmacêutica ao paciente foi o clínico. Foram coletadas informações, em sua totalidade, baseada em dados de registros médicos no prontuário. Segundo Beney, Bero e Bond (2010), a atenção farmacêutica, melhorando o *status* de saúde do paciente, pode diminuir a necessidade de consultas médicas e internações. Assim, com relação ao número de consultas médicas realizadas, ao número de exames solicitados, à necessidade de internações e à ocorrência de complicações, não houve diferença significativa entre o GAF e o GC. O mesmo ocorreu com relação à atividade da DII na consulta médica, analisada pelas proporções de pacientes com a doença ativa ou em remissão, em que não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o GAF e o GC. Ainda com relação aos aspectos clínicos, nos últimos seis meses do acompanhamento, foi observada nos pacientes do GAF redução estatisticamente significativa no valor do índice clínico percentual do T(6) para o T(12), em que a média variou de 12,9% para 8,3% ($p=0,02$). Isto indica que houve queda no aparecimento de sintomas e complicações da DII, sugerindo que existiu tendência a redução da atividade clínica e maior controle na remissão clínica, que poderia ser maior se houvesse maior período de tempo de atenção farmacêutica e maior número de pacientes com doença mais ativa.

Nos estudos já publicados, não há indicadores de tempo mínimo para que os resultados positivos da atenção farmacêutica possam ser evidenciados. Porém, é ressaltada a importância de se estruturar um vínculo terapêutico entre o farmacêutico e o paciente (STRAND et al., 2004; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006). Além disto, deve-se considerar que, no presente estudo, como descrito anteriormente, a maioria dos pacientes já se encontrava em remissão. Estes dois fatos podem ter dificultado a obtenção de resultados distintos de melhora no quadro clínico dos pacientes.

Em estudos de atenção farmacêutica para outras doenças, a melhora nos aspectos clínicos tem sido habitualmente evidenciada (STRAND et al., 2004; BENEY; BERO; BOND, 2010). Em relação a atenção farmacêutica no Brasil, são escassos os estudos realizados que apresentem análise dos seus efeitos nos aspectos clínicos. Em sua maioria, os estudos são descritivos, conforme revisão realizada por Funchal-Witzel (2009). No Brasil, em estudo realizado em Ribeirão Preto, SP, em unidade de atendimento secundário para pacientes idosos com hipertensão arterial, após um ano de acompanhamento, verificou-se diminuição estatisticamente significativa na pressão arterial sistólica média, de 146 mmHg para 128 mmHg, e da diastólica de 86 mmHg para 74 mmHg (LYRA JR, 2005). Em outro estudo realizado também em Ribeirão Preto, SP, em pacientes com diabetes melito que comparecessem a, pelo menos, sete consultas, observou-se redução nos níveis médios da glicemia de jejum de 160,8 mg/dL para 133,6 mg/dL, sendo que a hemoglobina glicada foi reduzida de 9,2% para 7,9% (BORGES, 2008). Neste mesmo estudo, observou-se também redução dos valores de outros índices relacionados a síndrome metabólica (BORGES, 2008).

Em estudos internacionais utilizando grupo controle, a melhora nos aspectos clínicos dos pacientes sob intervenção também tem sido observada. Na Arábia Saudita, em pacientes com diabetes melito do tipo 2, foi identificada melhora em diferentes resultados laboratoriais, como hemoglobina glicada, glicemia de jejum, triglicérides e colesterol, assim como na

pressão arterial sistólica e diastólica, após um ano de AF (MAZROUI et al., 2009). Em outro estudo realizado na Tailândia, com pacientes hipertensos acompanhados em nível primário, foi observada diminuição nos valores da pressão arterial (SOOKANEKNUN et al., 2004). Porém, neste mesmo estudo, foi também observada diminuição nestes índices no grupo controle. A diminuição ocorrida no grupo sob intervenção e também no grupo controle pode ter ocorrido devido a participação dos pacientes, de ambos os grupos, no programa de cuidados para pacientes com hipertensão desenvolvido no hospital da comunidade, pois no mesmo período em que o estudo foi realizado, teve início este programa que foi oferecido a todos os pacientes interessados. Outro possível fator de influência sobre os resultados pode ter sido a divulgação prévia da informação aos médicos sobre o serviço de atenção farmacêutica que seria oferecido aos pacientes. Este contato prévio pode ter desencadeado um cuidado maior dos médicos em relação aos pacientes (SOOKANEKNUN et al., 2004). Na revisão da literatura dos estudos publicados em 25 anos de atenção farmacêutica nos EUA, para diferentes doenças como diabete melito do tipo 2, hipotireoidismo, depressão e outros problemas de saúde, a melhora clínica foi observada, em média, em 20% dos pacientes, chegando a 87% em determinados casos (STRAND et al., 2004).

Apesar de ser essencial a avaliação do quadro clínico do paciente para demonstrar a eficiência e a eficácia da AF, os estudos nesta área apresentam limitações na metodologia (VAN MIL; SCHULZ; TROMP, 2004; MENEU, 2007; BENEY; BERO; BOND, 2010; FUNCHAL-WITZEL, 2009). Estas podem ocorrer em diversos níveis. Estudos sobre a atenção farmacêutica devem considerar e analisar a estrutura, o processo e os resultados do serviço. Entre os resultados, são poucos os estudos que analisam os aspectos clínicos, humanísticos e econômicos. Além disto, uma única técnica estruturada e validada para todos estes aspectos, em especial, para a área humanística, ainda não foi padronizada. Em alguns estudos, que tem como característica a estruturação de práticas da AF no serviço de atenção

aos pacientes, ocorre a dificuldade de documentação das informações. Este fato proporciona grande dificuldade para análise da eficácia em termos de uma pesquisa científica. Outro ponto que deve ser considerado é a especificação de estudos de atenção farmacêutica em poucos grupos de doenças, sendo que grande parte de estudos são apenas descritivos. Em relação às intervenções, poucos estudos as descrevem. Estas limitações acabam dificultando a caracterização de desfechos mais conclusivos (VAN MIL; SCHULZ; TROMP, 2004; MENEU, 2007; BENEY; BERO; BOND, 2010; FUNCHAL-WITZEL, 2009). Com o intuito de melhorar a avaliação da eficácia da AF, no atual estudo, foi estruturado um desenho que continha um grupo controle de referência, assim buscou-se utilizar métodos consagrados na literatura para alcançar resultados com maior confiabilidade.

Além da análise dos aspectos clínicos, foram avaliados os relacionados a farmacoterapia. Assim, neste estudo, foram utilizados métodos indiretos de avaliação do grau de adesão ao tratamento medicamentoso. Devido à complexidade do problema, ainda não foi desenvolvido um método, direto ou indireto, que possa ser considerado ideal e, deste modo, para ser utilizado como técnica de referência para os estudos sobre a adesão ao tratamento (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; VERMEIRE et al., 2001; GORDIS; 1981). Assim, neste estudo, utilizaram-se três diferentes técnicas baseadas em entrevista. A entrevista é um instrumento de fácil aplicação, tem boa aceitação pelos participantes, como também apresenta custo reduzido. As informações fornecidas pelo paciente na entrevista foram comparadas com as informações registradas no prontuário, o que constituiu a análise dos medicamentos utilizados (AMU). No entanto, o uso deste método pode associar-se à superestimação da proporção de pacientes considerados como mais aderentes, um fato recorrente em estudos com a utilização de entrevistas realizadas diretamente com o paciente (GORDIS; 1981; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; VERMEIRE et al., 2001).

No atual estudo, baseado em entrevista do paciente, foram observadas proporções de pacientes considerados mais aderentes que variaram de 72,2% a 88,9%. Estes dados, comparados aos da literatura em geral, que podem variar de 0% a 100% de não-adesão, podem ser considerados como dentro do esperado (HAYNES; McKIBBON; KANANI, 1996; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; WHO, 2003). Estas proporções de pacientes mais aderentes e menos aderentes não são muito diferentes das descritas em estudos realizados com métodos indiretos, em pacientes com DII, sendo que a de mais aderentes tem variado de 54 a 87% (NIGRO et al., 2001; SEWITCH et al., 2003; ROBINSON, 2004; KANE, 2006).

Os resultados observados pela AMU foram semelhantes nos grupos GAF e GC, não tendo sido observada diferença significativa entre os grupos. Esta ausência de diferença persistiu mesmo considerando a influência do tempo em que os grupos foram submetidos ao estudo. Assim, verificou-se que apenas um número pequeno de pacientes não utilizam a medicação, ou, a utilizam em doses maiores ou menores, ou, ainda, utilizam outros medicamentos. Com o uso deste método, deve-se ter atenção para o fato dos pacientes que relatam estar fazendo uso do medicamento de acordo com a prescrição, e na realidade, não o fazem corretamente (LEITE, VASCONCELLOS, 2003).

O outro instrumento utilizado neste estudo foi o teste de Morisky (TM), que foi proposto em 1986 (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986), validado e utilizado para avaliar a adesão ao tratamento de diferentes doenças crônicas, como a hipertensão arterial e o diabetes melito, bem como a de pacientes que faziam uso de antibióticos (KRAPEK et al., 2004; MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; RAMALLE-GÓMARA et al., 1999). Este teste foi traduzido para o Português, validado e empregado em vários estudos realizados no Brasil (CROZATTI, 2002; GARCIA, 2003; STRELEC, 2000). Apesar de ser indireto, o teste de Morisky, diferentemente da entrevista, possui a característica de superestimar a não-adesão, devido à rigidez dos seus critérios para caracterizar o paciente como mais aderente (LEITE;

VASCONCELLOS, 2003). Isso fica mais evidente quando se observa que, em outros estudos, com métodos diversos, a adesão se caracteriza quando há a utilização de 80% ou mais da prescrição médica (KANE et al., 2003; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; SHALE; RILEY, 2003).

Em nosso estudo, utilizando o teste de Morisky, verificamos que o comportamento diário do paciente frente à tomada dos medicamentos, foi alterada, gradualmente, sob a influência da atenção farmacêutica, uma vez que o número de pacientes classificados como mais aderentes, passou de 27,8% para 72,2% ($p = 0,04$), do início ao final do estudo. Embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa entre GAF e o GC ao final do estudo, é plausível supor que se o estudo fosse continuado por mais tempo, poderia ser observada diferença significativa entre os grupos.

O teste de Morisky e a AMU avaliam diferentes aspectos da adesão ao tratamento medicamentoso, sendo que o primeiro avalia atitudes intencionais e não intencionais do paciente frente a tomada diária do medicamento. Já a AMU avalia a disposição do paciente em tomar a medicação segundo a prescrição médica. Desta forma, os valores observados de adesão poderão ser diferentes, de acordo com o método utilizado para caracterizá-la.

A outra forma de avaliar a adesão ao tratamento foi a análise dos medicamentos dispensados aos pacientes (AMDP) a partir dos dados do sistema eletrônico de registro do HC-FMRP-USP. A avaliação da adesão pela dispensação dos medicamentos é um método indireto que fornece informações importantes para o acompanhamento do paciente (HAYNES, 1981B; BIESZK et al., 2003). Assim, foram avaliados os registros da retirada dos medicamentos pelo paciente, cujos dados foram introduzidos no *software* da instituição, elaborado pelo Projeto de Dispensação de Medicamentos Excepcionais, que deu origem ao programa *MEDEX* (BARROS et al., 2006). Este sistema deveria proporcionar o registro adequado, a organização do processo de distribuição e dispensação dos medicamentos

excepcionais, a reposição dos medicamentos em fluxo compatível com a demanda e garantir melhor qualidade da informação (BARROS et al., 2006). A implantação deste programa foi iniciada em julho de 2006 e vem sendo aperfeiçoada continuamente.

Apesar de o registro eletrônico de retirada dos medicamentos ser, potencialmente, uma importante fonte de informações, os dados foram inconsistentes devido aos problemas apresentados por este sistema. Apenas nove pacientes, no total, apresentaram registro completo, sem que houvesse nenhum problema no acesso às informações. Outra observação importante foi a falta de acesso às informações sobre a dispensação, quando o paciente pertence a outra Divisão Regional de Saúde. Este processo de implantação do sistema representou uma grande evolução para o controle administrativo da dispensação dos medicamentos, mas os resultados do presente estudo indicam que ele ainda apresenta falhas. Deve-se chamar a atenção para a importância desta ferramenta no auxílio ao serviço de atenção farmacêutica, porque as informações sobre a frequência e a quantidade de medicamentos retirados pelo paciente são essenciais para o seu acompanhamento. Esta forma de comunicação administrativa entre os serviços deve ser continuamente aperfeiçoada, para que, mesmo em outros municípios, os profissionais de saúde possam ter acesso às informações que o sistema disponibiliza.

Como citado anteriormente, a literatura sobre o tema indica que a média de não-adesão ao tratamento medicamentoso é de cerca de 50%, podendo variar de 0 a 100% (HAYNES; McKIBBON; KANANI, 1996; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; WHO, 2003). Estes valores foram observados em pacientes portadores de diferentes doenças crônicas, como asma brônquica, hipertensão arterial, AIDS, tuberculose e distúrbios psiquiátricos (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005; VERMEIRE et al., 2001; WHO, 2003).

Como antes mencionado, diversos estudos acerca da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com DII foram realizados, observando-se níveis de adesão

variando de 13% a 46% (NIGRO et al., 2001; SEWITCH et al., 2003; ROBINSON, 2004; KANE, 2006). Um estudo utilizando método direto, por meio da análise de presença da sulfapiridina no soro dos pacientes, verificou que em 41,2% dos casos estudados apresentaram baixos níveis de sulfapiridina e 12% não apresentaram níveis detectáveis de sulfapiridina no soro (VAN HEES; VAN TONGEREN, 1982). Em outro estudo em que se avaliou a adesão, pela entrevista do paciente, considerando como de não adesão o que realizasse uso abaixo de 80% da prescrição, foi observada não adesão em 43% dos pacientes (SHALE; RILEY, 2003). No mesmo estudo, avaliando na urina a presença do fármaco ou de seus metabólitos, foi observada menor adesão em 30% dos casos (SHALE; RILEY, 2003). Outros estudos, empregando métodos indiretos variados, relataram índices de não-adesão variando de 13% a 46% (NIGRO et al., 2001; SEWITCH et al., 2003; ROBINSON, 2004). Em estudo de revisão, Kane (2006) identificou que 60% dos pacientes com RCU apresentam falha na adesão, considerando pacientes que tomam menos de 70% da medicação prescrita (KANE, 2006).

Estudo recente demonstrou, em pacientes com RCU, que a não-adesão ao tratamento medicamentoso provoca o aumento da morbidade, a redução na qualidade de vida, o aumento do risco de reincidência da doença e do desenvolvimento do câncer colo-retal (KANE, 2006). De fato, pacientes não aderentes apresentaram 61% de risco de sofrer reincidência, comparado a 11% de risco em um paciente aderente (KANE, 2006). Em relação ao câncer colo-retal, este risco foi de 31% para pacientes não aderentes e de 3% para os pacientes aderentes (KANE, 2006). Estes resultados indicam que a não-adesão acarreta importante impacto clínico para os pacientes, bem como impacto econômico para o sistema de saúde, que o receberá (KANE, 2006).

Em estudos de avaliação da atenção farmacêutica, a melhora da adesão ao tratamento medicamentoso é um efeito freqüentemente relatado (BERENGUER et al., 2004). Nos

estudos realizados no Brasil, já citados anteriormente, a adesão foi um dos principais aspectos melhorados pelo serviço (LYRA JR, 2005; BORGES, 2008). Segundo recente revisão sobre atenção farmacêutica, alguns estudos apresentaram aumento superior a 52% na adesão ao tratamento medicamentoso (BENEY; BERO; BOND, 2010).

Outro aspecto avaliado no presente estudo quanto a farmacoterapia, foi o conhecimento do paciente em relação ao medicamento prescrito, em que se observou que, no grupo GAF, houve grande diferença do início ao final do estudo. No início, a porcentagem média de conhecimento acerca do tratamento medicamentoso, avaliada pelo *MedTake test* adaptado, era de 78,3%, sendo que, ao final do estudo, todos os pacientes deste grupo apresentaram valores de 100%. Este aspecto tem sido discutido na literatura como importante para que o paciente possa assumir o próprio tratamento, como agente ativo, participando e assumindo responsabilidades (WHO, 2003; SILVA, 2000; LEITE; VASCONCELLOS, 2003). O fornecimento adequado de informações ao paciente é uma das ferramentas que vêm sendo muito discutida para o aumento do conhecimento sobre o tratamento, da adesão à ele, e da utilização racional dos medicamentos (WHO 2003; HEATH, 2003; ROBINSON, 2004). Alguns estudos indicam que a comunicação inadequada entre o profissional de saúde e o paciente, em relação aos medicamentos, é uma das principais razões pelas quais 30 a 50% dos pacientes apresentam desvios no seguimento de seus tratamentos (KESSELER, 1991; FARLEY, 1997).

O conhecimento em relação ao medicamento em uso foi, também, estudado por outro autor brasileiro (MIASSO, 2002). Em estudo desenvolvido em Ribeirão Preto com pacientes que receberam alta hospitalar no setor da Clínica Médica, foi observado que 54,5% dos pacientes tinham conhecimento do nome do medicamento, enquanto que 18,2% dos casos não souberam informar, sequer, este dado elementar (MIASSO, 2002). Observou-se também, nesse estudo, que apenas 39,3% dos pacientes tinham conhecimento do horário de

administração e somente 18,2% relataram corretamente a dose prescrita do medicamento (MIASSO, 2002). Em outro estudo, realizado no ambulatório do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, observou-se que, em relação às orientações sobre o tratamento, 69% dos pacientes entrevistados apresentavam bom nível de conhecimento sobre o nome do medicamento. Com relação à dose e à frequência das tomadas, 81% e 69% dos pacientes, respectivamente, apresentaram bom nível de conhecimento (SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000).

Estudos utilizando indicadores recomendados pela Organização Mundial da Saúde sobre o uso de medicamentos têm, também, considerado o conhecimento do paciente sobre o uso correto do medicamento analisando os indicadores: dose, intervalo e duração do tratamento (SANTOS; NITRINI, 2004; HOGERZEIL, 1993; CUNHA; ZORZATTO; CASTRO, 2002). Assim, no Brasil, foram observados valores de conhecimento variando de 43% a 70% (SANTOS; NITRINI, 2004; CUNHA; ZORZATTO; CASTRO, 2002), enquanto que, em investigação realizada em seis países em desenvolvimento, observaram-se taxas de conhecimentos relativos ao medicamento em uso variando de 27% a 82% (HOGERZEIL, 1993). Outros estudos com métodos diversos, também demonstraram a dificuldade do paciente em descrever corretamente a indicação e o regime de tomada do medicamento em uso (FLETCHER et al., 1979; ASCIONE; KIRSCHT; SHIMP, 1986). Em estudo mais recente, foi observado destacado que 60% dos pacientes relataram não receber informações sobre medicamentos recentemente prescritos (TOREN et al., 2006).

Estes dados mostram então a deficiência que existe quanto ao conhecimento do paciente em relação ao tratamento, apesar de ser essencial para o uso correto do medicamento. Este conhecimento não deve se restringir apenas à dose, intervalo e duração do uso, mas também a vários outros aspectos relacionados ao medicamento em uso, como possíveis reações adversas e interações medicamentosas (SANTOS; NITRINI, 2004; ASCIONE;

KIRSCHT; SHIMP, 1986). Assim, a transmissão de conhecimento deve permitir ao paciente tomar decisões em situações que possam pôr em risco a efetividade do tratamento, como o esquecimento de doses, aparecimento de reações adversas inesperadas, uso concomitante de outros medicamentos, entre outras (ASCIONE; KIRSCHT; SHIMP, 1986; SILVA; SCHENKEL; MENGUE, 2000).

Este conhecimento deve ser transmitido por profissionais capacitados, comprometidos com uma equipe multiprofissional, incluindo, além do médico, outros profissionais como o farmacêutico. Deve-se ter atenção e investir no processo de informação e na educação dos pacientes, por meio de intervenções que permitam que os pacientes se conscientizem sobre a importância do uso correto dos medicamentos (PEPE; CASTRO, 2000; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006). Quanto ao processo de informação, deve-se aperfeiçoar a qualidade da transmissão da informação, devendo possibilitar que essa se transforme em conhecimento (PEPE; CASTRO, 2000). Um dos principais problemas que afetam o conhecimento do paciente acerca do tratamento medicamentoso é a incapacidade de estabelecer uma boa comunicação entre o paciente e o profissional de saúde (BURGE et al., 2005; STREET et al., 2009). Habilidades de comunicação podem e devem ser desenvolvidas entre os profissionais de saúde (STRAND et al., 2004; STREET et al., 2009). Quanto a educação em saúde, deve-se sempre objetivar o uso correto do medicamento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; FAUS-DÁDER; MUÑOZ; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, 2008). Uma possibilidade de trabalhar a questão da informação escrita é a elaboração de material educativo, como *folders*, desde que bem construídos e sempre distribuídos com a orientação do profissional de saúde (LLOYD-WILLIAMS, 2002; WILSON; WOLF, 2009). Em estudo de AF com pacientes com trombose venosa profunda, observou-se que o material educativo entregue aos pacientes, foi útil para a educação dos pacientes (SOUZA, 2004).

Ainda em relação a farmacoterapia, observou-se que foram semelhantes os números de medicamentos em uso, no início e no final do estudo, assim como a frequência de momentos terapêuticos. Estes dados indicam que não houve grande necessidade de alterar o tipo de medicamento, como também, a dose da medicação prescrita, fato positivo em uma população predominantemente em remissão clínica da DII. Achados semelhantes foram descritos em estudo sobre a atenção farmacêutica em que os pacientes com diabetes melito do tipo 2, em que não foi observada grande variação no número de medicamentos utilizados pelos pacientes ao tempo do estudo (BORGES, 2006). Já no estudo para pacientes com trombose venosa profunda, observou-se a necessidade de ajuste de dose, descontinuidade de tratamento e acréscimo de medicação (SOUZA, 2004). Em revisão alusiva aos 25 anos de atenção farmacêutica nos EUA para diversas doenças, já citada anteriormente, no período de três anos de acompanhamento, foi observado aumento no número de medicamentos prescritos, devido à necessidade de tratamentos adicionais sugeridos pelos farmacêuticos (STRAND et al., 2004).

O terceiro aspecto estudado para avaliar a contribuição da AF, foi a qualidade de vida. Considerando que a atenção farmacêutica tem o objetivo de tratar o paciente com todos os seus problemas de saúde, considerou-se interessante empregar um instrumento de avaliação da qualidade de vida que fosse mais genérico e mais voltado à saúde geral (WARE, 1996) e não utilizar um questionário específico para qualidade de vida em pacientes com DII (PONTES et al., 2004). Porém, para a análise, deve-se considerar que diversos fatores podem influenciar nas condições gerais da qualidade de vida como aspectos culturais e de estrutura do serviço, mesmo que a avaliação seja voltada à saúde.

Neste aspecto, observou-se que ao longo do estudo, e em ambos os grupos, houve aumento dos escores no domínio da saúde mental. Porém, observou-se benefício mais precoce no GAF, em que este aumento foi detectado já nos primeiros seis meses do estudo. Este

aumento dos escores, indicativo de melhora na saúde mental, pode estar associado a própria inclusão do paciente no estudo, já que foi observado nos dois grupos, como antes já discutido.

Nos outros aspectos de qualidade de vida, observou-se que no T(0) houve tendência em haver escores menores no GC quanto ao estado geral de saúde. Os baixos valores dos escores no GC ocorreram também quanto aos aspectos físicos e emocionais no T(6). Dentro do GC, houve uma tendência no aumento de escores nos aspectos sociais e capacidade funcional. Estas tendências dificultam a elaboração de conclusões mais assertivas, problema este que pode ter sido causado pelo tamanho relativamente pequeno da amostra, ou talvez, pelo tempo de acompanhamento, que pode não ter sido suficiente para evidenciar diferenças entre os grupos.

Quanto a análise de qualidade de vida de pacientes com DII, um estudo realizado no Brasil mostrou resultados semelhantes ao atual estudo quanto a alguns aspectos analisados pelo instrumento SF36 (PONTES et al., 2004). No atual estudo, observaram-se maiores escores para capacidade funcional (77,6), aspectos sociais (72,6), estado geral de saúde (69,5) e aspectos emocionais (64,5). Ainda em nosso estudo, observaram-se escores mais baixos nos aspectos físicos (63,4), dor (61,5), vitalidade (58,5) e saúde mental (57,5). Pontes e equipe (2004) avaliaram 50 pacientes que foram entrevistados em um ambulatório de Gastroenterologia de hospital universitário de São Paulo. Observaram que os índices mais baixos de qualidade de vida foram vitalidade (59), estado geral de saúde (60), aspectos físicos (64) e saúde mental (67). Quanto aos outros aspectos, foram observados índices mais elevados em dor (70), aspectos emocionais (73), capacidade funcional (79) e aspectos sociais (84). No que se refere a estes escores, apenas os relativos aos aspectos emocionais e sociais foram um pouco mais elevados que os do atual estudo, sendo os demais semelhantes aos aqui relatados. Ainda no estudo realizado em São Paulo, foi analisada a correlação do SF36 com um instrumento específico de qualidade de vida para pacientes com DII, o IBDQ (*Inflammatory*

Bowel Disease Questionnaire), observando-se que, na maioria dos domínios, as correlações foram positivas, embora moderadas (PONTES et al., 2004).

Vários estudos indicam que pacientes com DII apresentam alterações na qualidade de vida, que pode não estar relacionado ao tempo de diagnóstico da doença, mas está ligada diretamente à gravidade da doença (CANAVAN et al., 2006). As relações da DII com alterações psicoemocionais são incertas, porém, vêm-se observando proporção maior de pacientes com estas alterações em relação a população em geral (DROSSMAN, 2000). Estudo realizado em nosso serviço demonstrou que os pacientes com DII, apresentam níveis elevados de estresse intenso, o que pode afetar a qualidade de vida (PELÁ, 2007). Isto ocorreu em 64% dos casos de pacientes com doença de Crohn e em 68% de casos em pacientes com retocolite ulcerativa (PELÁ, 2007). A questão da saúde mental deve ser salientada para o tratamento da DII. Apesar de vários estudos serem inconclusivos, deve-se ter atenção ao cuidado do paciente neste aspecto, fornecendo recursos e facilitando o suporte social, bem como controlando o estresse, do que pode ocorrer melhora na saúde geral do paciente (SEWITCH et al., 2001).

Outros estudos de atenção farmacêutica que avaliaram a qualidade de vida do paciente demonstraram, também, benefícios, como o estudo com crianças portadoras de asma brônquica (GONZÁLEZ-MARTIN; JOO; SÁNCHEZ, 2003). Neste, foi utilizado um instrumento específico, o PAQLQ (*Paediatric asthma quality of life questionnaire*). As crianças que receberam a atenção farmacêutica tiveram melhora no domínio emocional, nos valores referentes à atividade física e no domínio dos sintomas. Em estudo realizado nos Emirados Árabes Unidos, em pacientes com diabetes melito do tipo 2, utilizando o instrumento SF36, foi também observada melhora na qualidade de vida nos seus oito domínios, após um ano de atenção farmacêutica (MAZROUI et al., 2009). Apesar destes resultados, em discussão sobre a qualidade do serviço de AF, os instrumentos de avaliação genérica da qualidade de

vida relacionada a saúde, como o SF36, não foram considerados sensíveis o suficiente para detectar mudanças resultantes do serviço de AF, o que levou à recomendação do uso de instrumentos mais específicos (BERENGUER et al., 2004; BENEY; BERO; BOND, 2010). Assim, é possível que, no presente estudo, o emprego de questionários específicos para DII pudesse ter revelado efeito mais notável da AF sobre a qualidade de vida.

Além da qualidade de vida, outro aspecto importante da AF é o que se refere à relação custo-benefício do tratamento. Esta área do conhecimento, que constitui a Fármaco-economia, faz parte do modelo de análise da qualidade do serviço de AF para verificar a sua efetividade (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004). Uma forma de análise dos custos na AF é baseada na identificação dos problemas relacionados aos medicamentos. Nos EUA, em 1995, foi desenvolvido um modelo para estimar os custos associados aos problemas relacionados aos medicamentos, sendo estimado um custo anual de 76.6 bilhões de dólares ao ano (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004). Em 2000, foi proposto um novo modelo, mais abrangente, para avaliação de custos, considerando as visitas médicas, a prescrição de medicamentos e as internações hospitalares (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004). Na análise dos problemas relacionados aos medicamentos, por este novo modelo, o custo estimado passou para 177,4 bilhões de dólares por ano (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004). No estudo realizado nos EUA, foi observado que a AF pode economizar U\$2 para cada U\$1 que é investido neste serviço (STRAND et al., 2004). A Farmaco-economia, além de quantificar os custos dos PRM, pode realizar análises considerando perspectivas mais amplas. Desta forma, a análise pode incorporar custos e economias relacionadas à utilização de outros serviços e alterações na terapia medicamentosa, como também, pode, dependendo da metodologia, considerar o impacto do serviço na qualidade de vida do paciente (SPILKER, 1996; SIMOENS; LAEKEMAN; 2005). Porém, esta análise fármaco-econômica não foi possível de ser realizada no atual estudo.

No que se refere aos problemas relacionados ao medicamento, deve ressaltar-se que a maior parte dos que foram identificados, foram os de cumprimento da farmacoterapia indicada (PRM 7). Outro tipo de PRM observado foi o de reações adversas ao medicamento (PRM 5). Neste, destaca-se a questão em que a biodisponibilidade do medicamento pode ter sido alterada, em razão da interação com alimentos que o paciente estava ingerindo. No geral, houve uma média de 3,8 PRM observados, com também, uma média de 3,3 resoluções. No trabalho já citado anteriormente, de avaliação dos 25 anos de atenção farmacêutica nos EUA (STRAND et. al., 2004), foi observado que, na primeira consulta, 61% dos pacientes apresentam de um a três PRM, sendo que o PRM mais comum observado, em 30,6% dos casos, foi a necessidade de tratamento adicional. Em seguida, observou-se o PRM caracterizado por dosagem muito baixa, que ocorreu em 21,2% dos casos e verificaram-se problemas com o cumprimento da prescrição, que ocorreu em 18,4% dos pacientes (STRAND et al., 2004). Perfil semelhante pode também ser observado em outros estudos realizados na Europa (FERNÁNDEZ-LLIMÓS et. al., 2004).

Essa diferença quanto ao perfil de PRM observados pode estar relacionada a amostra estudada e ao local em que o estudo foi feito. Quanto à amostra, apesar de grande parte dos pacientes apresentarem diferentes problemas de saúde, todos tinham DII. No atual estudo, foi observado um grande número de casos com problemas relacionados ao cumprimento (PRM7), problema este que já havia sido relatado para grupo semelhante de pacientes, em estudo anterior no mesmo ambulatório (DEWULF et al., 2007). Foi também observado o baixo número de PRM relativos à prescrição. Este fato pode estar associado ao seguimento de protocolos clínicos para abertura do processo para dispensação da medicação. Em estudo realizado neste mesmo hospital, observou-se que o setor de Gastroenterologia é o que menos apresenta problemas na prescrição relacionada ao seu conteúdo da prescrição, não se registrando nenhum caso deste tipo (ABRAMOVICIUS, 2007). Porém este setor, apresentou

uma das maiores porcentagem de problemas administrativos relacionados a prescrição, chegando a 10,4% (ABRAMOVICIUS, 2007).

Deve-se destacar que no grupo AF, apesar de predominantemente em remissão clínica da doença, foi necessário realizar um grande número de intervenções para correções dos PRM. Estas foram realizadas em um total de 126, variando de 2 a 14 por paciente. O principal tipo de intervenção realizada foi quanto à orientação ao paciente. No apêndice D (p. 131), pode-se observar que as orientações ao paciente foram, principalmente, quanto à adesão ao tratamento. Destacam-se, também, outras intervenções, como o estímulo à comunicação entre o paciente e o médico, orientações quanto aos processos administrativos para dispensação da medicação e o encaminhamento do paciente para outra especialidade. Como indicativo da efetividade das intervenções, observa-se que das 14 intervenções realizadas junto aos médicos, apenas uma não houve retorno quanto à aceitação. Deve-se ainda considerar que foi observada a resolução 88,2% dos PRM identificados (Tabela 4.16, p. 65).

Uma das intervenções realizadas para a adesão, foi a orientação ao paciente quanto ao tratamento e provendo medidas educativas quanto ao uso correto de medicamentos. As intervenções para adesão ao tratamento foram tanto verbais, como também escritas. Em alguns casos, foi necessário elaborar uma tabela contendo a escala dos medicamentos que o paciente deveria tomar. Alguns estudos relatam a positiva e estrita relação entre adesão ao tratamento medicamentoso e o conhecimento sobre o próprio tratamento (WHO, 2003; BARBER et al., 2004; HOPE et al., 2004). Assim, foi também realizado um trabalho de educação com o paciente focando o conhecimento acerca do tratamento medicamentoso. Pressupõe-se que um paciente melhor informado e consciente da importância de fazer o seu tratamento de forma correta irá ter maior adesão a ele.

Neste estudo, houve também a preocupação em investir na boa comunicação entre o paciente e o médico, pois diversas informações prestadas pelos pacientes apresentavam

grande importância para avaliação do seu quadro clínico, como também para definição da terapêutica. Um exemplo disto foi o paciente que relatou fazer uso de corticóide por conta própria sempre que apresentava casos “esporádicos” de cólicas e diarreia. Porém, estes casos ocorriam com frequência. O incentivo à comunicação buscou também desenvolver maior autonomia do paciente, para possibilitar que ele esteja mais preparado para assumir papel ativo e responsável em seu tratamento, permitindo, também, que se sinta seguro em poder controlar os sintomas com atitudes de maior adesão (PEPE; CASTRO, 2000; ROBINSON, 2004; WHO, 2003).

Outro ponto relacionado à adesão que deve ser comentado é a importância da motivação. Baile e equipe demonstraram a importância desta por meio do estudo realizado com um grupo de profissionais de saúde submetidos a intervenções para melhora de qualidade do serviço para controle da hipertensão arterial sistêmica (BAILE et al., 2006). Após um ano do fim do estudo foi observada queda na efetividade do serviço oferecido, havendo aumento nos valores da pressão arterial dos pacientes (BAILE et al., 2006). Este fato pode ter ocorrido devido à falta do incentivo (BAILE et al., 2006). Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos ao aspecto da motivação para adesão sempre que possível, como em momentos como a consulta médica, a pós-consulta pela enfermagem, a atenção farmacêutica e no momento da dispensação, por exemplo.

A orientação do paciente quanto aos processos administrativos foi realizada principalmente para que o paciente não deixasse de renovar o processo de fornecimento dos medicamentos no período correto e ficasse algum período sem acesso a eles. Porém, foram também fornecidas informações quanto às condutas quando eventualmente houvesse algum erro administrativo, relacionado à prescrição, que pudesse prejudicar a renovação do processo. Vale ressaltar, ainda, a questão dos pacientes que apresentavam problemas de saúde que não buscavam atendimento médico, ou que necessitavam deste, mas não recebiam o

encaminhamento para a consulta médica, dentro do sistema de saúde. Exemplos desta situação eram pacientes com hipertensão arterial sistêmica, que haviam recebido a prescrição de medicamento anti-hipertensivo e dele faziam uso, mas que haviam abandonado o acompanhamento médico e apenas buscavam atendimento em momentos de emergência. Nestes casos, o serviço de AF tentava prover as orientações necessárias ou facilitar o acesso do paciente ao acompanhamento necessário.

Ao término do estudo, com um ano de acompanhamento, foi avaliada a satisfação do paciente com o serviço de AF, que pode ser tomada como indicativa da qualidade da atenção (CORRER et al., 2009; FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004; CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2006). Esta avaliação apresentou 100% de satisfação geral do paciente, assim como altos índices de satisfação do paciente quanto à qualidade da orientação, competência do profissional e manejo da farmacoterapia, e consideração com o paciente, o que indica a alta qualidade do serviço de AF provido neste ano (CORRER et al., 2009; FERNÁNDEZ-LLIMÓS et al., 2004; CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2006). Em outro trabalho, foi desenvolvido o uso do questionário *Pharmacy Services Questionnaire* – PSQ (LARSON; ROVERS; MACKEIGAN, 2002) que foi recentemente traduzido e validado para o Português (CORRER et al., 2009). Porém, este instrumento não foi utilizado no atual estudo, devido a recente publicação da validação, tendo sido utilizado o questionário traduzido e aplicado por outro pesquisador brasileiro (LYRA JR, 2005).

Outro aspecto observado na prática da AF foi a interrupção da cadeia de informações entre os diferentes níveis de atenção do sistema de saúde. Informações importantes para se compor o quadro geral do paciente ficam restritas ao local do atendimento. Isto torna o atendimento ao paciente mais lento, devido a necessidade de recuperação ou coleta de informações e até mesmo dos resultados de exames, o que acaba acarretando duplicidade de trabalho e de serviços em um único sistema. A necessidade de estruturação de uma ampla

rede de comunicação acerca do medicamento vem sendo discutida em diversos países (MORRIS, CHEN, 2004).

Outros dois aspectos observados na prática da AF é a questão do direito e da frequência do acompanhamento. Sabe-se que os PRM podem ocorrer a qualquer momento do tratamento medicamentoso do paciente (STRAND et al., 2004). Assim, todo paciente que utiliza, ou que necessita utilizar medicamentos, deveria ter o direito ao serviço, independentemente da necessidade de ser encaminhado por outro profissional. Para a estruturação deste serviço, torna-se necessário a realização de um acompanhamento constante do paciente. Porém, deve-se observar o caso de cada indivíduo para se definir a necessidade de retornos curtos, longos ou até mesmo a alta do paciente do serviço de atenção farmacêutica. No caso do acompanhamento de alguns pacientes do estudo, por exemplo, que faziam uso de apenas uma medicação, após a resolução dos PRM existentes, observou-se que não havia maior necessidade de acompanhamento frequente. Nestes casos, poderia ser discutida a possibilidade de o paciente ser agendado para um retorno semestral, inicialmente e, após a verificação da estabilidade, para um retorno anual. Nos casos de suspensão do uso de medicamento, poderia ser dada a alta. Porém, devido a metodologia estruturada, esta proposta não foi experimentada neste estudo.

Para que ocorra uma implantação adequada da AF no serviço de saúde brasileiro, deve-se destacar a importância da parceria com as universidades. Diversos estudos vêm apresentando as vantagens desta relação, na etapa inicial da implantação (MARTÍN-CALERO et al., 2004; VAN MIL, SCHULZ, TROMP, 2004; FUNCHAL-WITZEL, 2009). Porém, no Brasil, além de se avaliar a importância do serviço da AF, deve-se também focar em estudos da melhor forma de implantação junto com o serviço de atenção à saúde, pois os pacientes estão recebendo a AF quando incluídos nas pesquisas e depois ficam descobertos, uma vez que ao término dos estudos há interrupção da AF. No entanto, são diversas as barreiras

existentes para a implantação efetiva do serviço. Uma barreira identificada para esta implantação, é a falta de capacitação dos profissionais já formados e em processo de formação para desenvolver a prática (PENAFORTE; FORSTER; SILVA, 2007; CASTRO; CORRER, 2007; LEITE et al., 2008; DEWULF et al., 2009). Tal barreira para a implantação é também encontrada em outros países (BERENGUER et al., 2004; MARTÍN-CALERO et al., 2004; VAN MIL, SCHULZ, TROMP, 2004). O atual estudo teve o intuito de realizar esta parceria, assim participaram do estudo uma farmacêutica do HC-FMRP-USP e os farmacêuticos aprimorandos em Farmácia Hospitalar. O objetivo de incentivar a prática e capacitação na área foi alcançado. Porém, além da capacitação, foram, também, observadas barreiras relacionadas a estruturação do serviço, como o tempo disponível dos recursos humanos para a efetiva realização da AF e a estrutura física para a realização do serviço. O estudo foi realizado em uma sala no ambulatório de gastroenterologia do HC-FMRP-USP, em função da pesquisa. Porém, para a efetiva implantação do serviço, é necessário um espaço físico devidamente equipado e profissionais capacitados disponíveis como preconizado nas diretrizes para a estruturação de farmácias no âmbito do SUS (MS, 2009). Porém, devido às barreiras de implantação, o serviço foi interrompido após o encerramento do estudo.

Assim, com o atual estudo, pode-se concluir que os pacientes com DII foram beneficiados com o serviço de AF, fato este que também ocorreu em outros estudos realizados no Brasil (BORGES, 2007; CASTRO et al., 2006; LYRA JR, 2005; SOUZA, 2004). Estes diferentes estudos foram realizados nos diversos níveis de atenção do serviço público. Assim, pode-se concluir que o serviço público brasileiro se beneficiaria com a implantação de um serviço de AF. Porém, devem-se realizar mais estudos para avaliar o modelo de AF a ser implantado, pois, apesar da AF poder ser aplicada a qualquer serviço de saúde, deve-se adequá-la às necessidades específicas do serviço.

O Serviço Único de Saúde Brasileiro está organizado em diferentes níveis de atenção, que são a básica, a média e a alta complexidade. Assim, perante esta característica do serviço, devem-se aprofundar os estudos de implantação dos serviços de AF. Além da característica do serviço, é necessário verificar os diferentes modelos de atenção farmacêutica existentes, pois eles possuem características bastante diferentes.

O modelo PWDT - *Pharmacist's Workup of Drug Therapy* foi desenvolvido em Minnesota, EUA, durante a década de 1990. Ele é realizado prioritariamente em ambientes clínicos, em que diversos profissionais de saúde estejam unidos, porém, com uma visão de atenção primária. Neste sentido, este modelo visa a centralidade no paciente, trata transtornos agudos e crônicos, enfatiza a prevenção, garante a integração do cuidado, possui o foco na saúde e não na doença, entre outros aspectos da atenção primária. Possui um modelo de ficha para acompanhamento que permite atender o paciente em todos os problemas de saúde (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2006; STRAND et al., 2004).

Visando um atendimento amplo, existe também o modelo de atenção farmacêutica DÁDER, desenvolvido, em 1999, pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada. Este possui o foco nas farmácias comunitárias e, apesar de algumas diferenças metodológicas quanto a estruturação, a elaboração da ficha de acompanhamento e a classificação de PRM, foi desenvolvido para também abranger o paciente e todos os problemas de saúde (FAUS-DÁDER; MUÑOZ; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, 2008). Ambos os modelos são abrangentes, completos, mas apresentam fichas extensas.

Outro modelo que foi desenvolvido é o TOM - *Therapeutic Outcomes Monitoring*. Este foi desenvolvido na Universidade da Flórida, EUA, e deriva do modelo PWDT. Ele foi elaborado para realizar o acompanhamento do paciente, porém de forma específica para uma doença crônica. Desta forma, sendo mais objetivo, pode apresentar limitações quanto a perda da visualização completa do paciente (GRAINGER-ROUSSEAU et al., 1997).

No atual estudo, utilizou-se um modelo mais próximo do PWDT, com o objetivo de acompanhar o paciente com todos os seus problemas de saúde. Este objetivo foi alcançado e com o foco em pacientes com DII. Assim, em um serviço de alta complexidade, foi realizada uma prática em que atendeu ao paciente com uma doença do nível de alta complexidade, assim como problemas de saúde dos outros dois níveis. Perante a realidade da atenção farmacêutica, em que são escassos os serviços ofertados à população, este trabalho se justifica. Porém, com a evolução da implantação da atenção farmacêutica nos diferentes níveis de atendimento, deverão ser realizados estudos para avaliar a viabilidade dos modelos de AF mais amplos, como PWDT e DÁDER, ou os específicos para cada doença, como o TOM. Caso contrário, poderá ocorrer duplicação de serviços, por exemplo, nos casos em que pacientes com problemas de atenção básica, necessitem, também, da atenção de alta complexidade. Pacientes neste tipo de situação poderiam ser acompanhados nos dois níveis para o mesmo problema da atenção básica, o que poderia sobrecarregar o serviço. Assim, para a evolução da atenção farmacêutica no Brasil e sua implantação no serviço público, é necessária a realização de mais estudos para melhor adequá-la à realidade vigente no país.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou que a provisão da AF para pacientes com DII, em sua maioria em remissão clínica da doença, diminuiu a expressão do índice clínico, aumentou a adesão ao tratamento e o conhecimento acerca dos medicamentos, assim como melhorou aspectos da saúde mental em sua qualidade de vida e se associou a alto grau de satisfação dos pacientes. Porém, é necessário conduzir estudos mais longos, com número maior de pacientes, para melhor avaliar os reais benefícios encontrados e a sua manutenção ao longo do tempo. Deve-se ainda ampliar os estudos em outras clínicas e incluir a avaliação do impacto econômico da AF.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVICIUS, A. C. **Estudo dos erros de prescrição relacionados aos medicamentos utilizados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) -Faculdade de Medicina de Ribeiro Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2007.

ALMARSDÓTTIR, A. B.; TRAULSEN, J. M. Rational use of medicines – an important issue in pharmaceutical policy. **Pharmacy World & Science**, v. 27, p. 76-80, 2005.

ASCIONE, F. J.; KIRSCHT, J. P.; SHIMP, L. A. An assessment of different components of patient medication knowledge. **Medical Care**, v. 24, p. 1018-28, 1986.

BAILIE, R. S.; ROBINSON, G.; KONDALSAMY-CHENNAKESAVAN, S. N.; HALPIN, S.; WANG, Z. Investigating the sustainability of outcomes in a chronic disease treatment programme. **Social Science & Medicine** 63 (2006) 1661–1670.

BARBER, N.; PARSONS, J.; CLIFFORD, S.; DARRACOTT, R.; HORNE, R. Patients' problems with new medication for chronic conditions. **Quality and Safety Health Care** 2004;13:172–175

BARBIERI, D. Doenças inflamatórias intestinais. **Journal of Pediatrics**, v. 76, Sup. 2, p. S173-S180, 2000.

BARROS, J. V.; ALMEIDA A. L.; TACHINARDI, U.; PISA I. T.; NOVAES, H. M. D. Sistema de Dispensação de Medicamentos Excepcionais no Estado de São Paulo. In: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, X, 2006. **Anais do evento** disponível em <<http://www.sbis.org.br/cbis/anaiscbis2006.htm>>

BENEY, J.; BERO, L.; BOND, C. M. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilization, costs, and patient outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010.

BERENGUER, B.; LA CASA, C.; DE LA MATTA, M. J; MARTÍN-CALERO, M. J. Pharmaceutical Care: Past, Present and Future. **Current Pharmaceutical Design**, v. 10, p. 3931-3946, 2004.

BERMUDEZ, J. A. Z. (Coord.). **Fundamentos farmacológico-clínicos dos medicamentos de uso corrente**. RJ: ENSP, 2002. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/livro_eletronico/INDEX.HTM>. Acesso em: 16 out. 2002.

BIESZK, N.; PATEL, R.; HEABERLIN, A; WLASUK, K; ZAROWITZ, B. Detection of medication nonadherence through review of pharmacy claims data. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v.60, n.15, p. 360-6, 2003.

BORGES; A. P. S. **Avaliação do impacto clínico e da viabilidade econômica da implantação de um modelo de atenção farmacêutica em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto - SP**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2008.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de Doença de Crohn. Portaria 858, 12 de novembro de 2002. **DOU**, Brasília, no. 214, seção I, p. 77-82, 5 de nov. 2002A.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento de Retocolite Ulcerativa. Portaria 861/02, 12 de novembro de 2002. **DOU**, Brasília, no. 214, seção I, p. 87-89, 5 de nov. 2002B.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Portaria 338, 6 de maio de 2004. **DOU**, Brasília, seção 1, p.52, 20 de maio de 2004. Section 1, p. 52.

BURGE; S. K.; WHITE, D.; BAJOREK, E.; BAZALDUA, O.; TREVINO, J.; ALBRIGHT, T.; WRIGHT, F.; CIGARROA, L. Correlates of medication knowledge and adherence: findings from residency research network of South Texas. **Family Medicine**, v. 37, n. 10, p.712-718, 2005.

CANAVAN, C.; ABRAMS, K. R.; HAWTHORNE, B.; DROSSMAN, D.; MAYBERRY, J. F. Long-term prognosis in Crohn's disease: factors that affect quality of life. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics** v. 23, n. 3, p. 341 – 449, 2006.

CARTER, M. J.; LOBO, A. J.; TRAVIS, S. P. L. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. **GuT**, vol 53, suppl V, p. v1-v16, 2004.

CASTRO, M. S.; CORRER, C. J. Pharmaceutical Care in community pharmacies: practice and research in Brazil. **The Annals of Pharmacotherapy**, v.41, p. 1486-93, 2007.

CASTRO, M. S.; CHEMELLO, C.; PILGER, D.; JUNGES, F.; BOHNEN, L.; ZIMMERMAN, L. M.; PAULINO, M. A.; JACOBS, U.; FERREIRA, M. B. C.; FUCHS, F. D. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 3, Jul./Set., 2006.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)”**. 1997. [tese de doutorado]. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, 1997.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W. MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p.143-50, 1999.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Conselho Federal de Farmácia, 2006.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; MELCHIORS, N. A.; SOUZA, R. A. P.; ROSSIGNOLI, B.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do *Pharmacy Services Questionnaire* para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 87-96, jan, 2009.

CROZATTI, M. T. L. **Estudo da utilização de antimicrobianos em infecções respiratórias agudas em crianças atendidas nas unidades de saúde de Maringá – PR: adesão e nível de informação na perspectiva do paciente**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CUNHA, M. C. N.; ZORZATTO, J. R.; CASTRO, L. L. C. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 38, n. 215-27, 2002.

DAMIÃO, A. O. M. C.; HABR-GAMA, A. Retocolite ulcerativa idiopática. In: DANI, R.; CASTRO, L. P. **Gastroenterologia Clínica**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v. 1, p. 1037-1068.

DELCO, F., SONNENBERG, A. Commonalities in the time trends of Crohn’s disease and ulcerative colitis. **American Journal of Gastroenterology**, v. 94, n. 8, p. 2171-2176, 1999.

DEWULF, N. L. S. **Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças inflamatórias intestinais**. 2005. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DEWULF, N. L. S.; MONTEIRO, R. A.; PASSOS, A. D. C.; VIEIRA, E. M.; TRONCON, L. E. A. Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com doenças inflamatórias intestinais acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 44, n. 3, p. 289-96, 2007.

DEWULF, N. L. S.; SANTOS, V.; PEREIRA, L. R. L.; TRONCON, L. E. A. Dificultades para la implantación de la Atención Farmacéutica (AF) a pacientes con Enfermedades Inflamatorias Intestinales con acompañamiento ambulatorio en un Hospital Universitario. In: Congreso de la Federación Farmacéutica Sudamericana, XII, 2008, Uruguay. **Livro de resumos**.

DEWULF, N. L. S.; SANTOS, V.; PEREIRA, L. R. L.; TRONCON, L. E. A. The invisible pharmacist. **The American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 73, n. 4, Article 74, 2009.

DEWULF, N. L. S.; VIEIRA, E. M.; TRONCON, L. E. A. Análise das informações sobre o tratamento medicamentoso prestadas a pacientes de um hospital universitário. In: Congresso Brasileiro sobre uso racional de medicamentos, 1, 2005, Porto Alegre, RS. **Livro de resumos**, p48.

DROSSMAN, D. A. Psychosocial factors in Ulcerative Colitis and Crohn's disease. Kirsner, J. B. **Inflammatory bowel disease**. 5th edition, Wb Saunders Company ed. Philadelphia, Pennsylvania, 2000.

FARIA, L. C.; FERRARI, M. L. A.; CUNHA, A. S. Aspectos clínicos da doença de Crohn em um centro de referência para doenças intestinais. **Revista GED - Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva**, v. 23, no. 4, p. 151-164, jul-ago 2004.

FARLEY, D. FDA proposes program to give patients better medication information. **FDA Consumer Magazine** 1997. http://www.fda.gov/fdac/features/995_medinfo.html. Acessado em 15/mai/2003.

FARMER, R. G. Nonspecific ulcerative proctitis. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 16, p. 154-174, 1987.

FAUS-DÁDER, M. J.; MUÑOZ, P. A.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F. **Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos**. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Editora ERGON, 2008.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS F, TUNEU L, BAENA MI, GARCIA-DELGADO A, FAUS MJ. Morbidity and Mortality Associated with Pharmacotherapy. Evolution and Current Concept of Drug-Related Problems. **Current Pharmaceutical Design**, v. 10, p. 3947-67, 2004.

FLETCHER, S. W.; FLETCHER, R. H.; THOMAS, D. C.; HAMANN, C. Patients' understanding of prescribed drugs. **Journal Community Health**, v. 4, p. 183-9, 1979.

FRANCO, T. **Estudo retrospectivo sobre a terapêutica anti-hipertensiva de uma unidade do Programa de Saúde da Família**. 2006. Dissertação (Mestre em Ciências Farmacêuticas), Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2006.

FUNCHAL-WITZEL, M. D. R. **Produção científica brasileira na área de atenção farmacêutica entre 1990 e 2007**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2009.

GABURRI, P. D.; CHEBLI, J. M. F.; CASTRO, L. E. V. V.; FERREIRA, J. O. D.; LOPES, M. H. M.; RIBEIRO, A. M. B.; ALVES, R. A.; FROEDE, E. C., OLIVEIRA, K. S.; GABURRI, A. K.; GABURRI, D.; MEIRELLES, G. S. P.; SOUZA, A. F. M. Epidemiologia, aspectos clínicos e evolutivos da doença de Cronh: Um estudo de 60 casos. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 35, n. 4, p. 240-246, 1998.

GARCIA, R. A. C. **Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) -Faculdade de Medicina de Ribeiro Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2003.

GLICKMAN, R. M. Doença inflamatória intestinal. In: ISSELBACHER, K. J.; BRAUNWALD, E.; WILSON, J. D.; MARTIN, J. B.; FAUCI, A. S.; KASPER, D. L. Harrison **Princípios de Medicina Interna**. 13^a ed. México –DF: Nueva editorial, v. 2, n. 4, 1995. p. 1472-1485.

GOLDRING, A. B.; TAYLOR, S. E.; KEMEY, M. E.; ANTON, P. A. Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. **Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 219-238, 2002.

GONZÁLEZ-MARTIN, G.; JOO, I.; SÁNCHEZ, I. Evaluation of the impact of a pharmaceutical care program in children with asthma. **Patient Education and Counseling**, v. 49, p. 13-19, 2003.

GOODMAN, L.S.; GILMAN, A.G.; HARDMAN, J.G.; LIMBIRD, L.E. **Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. Tradução Carla de Mello Vorsatz. 10 ed, Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2003.

GORDIS, L. Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. Second printing. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1981. Chapter 1, p. 1-7.

GRAINGER-ROUSSEAU, T. J.; MIRALLES, M. A.; HEPLER, C. D.; SEGAL, R.; DOTY, R. E.; BEN-JOSEPH, R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. NS37, n. 6, p. 647-61, 1997.

HARVEY, R. F.; BRADSHAW, J. M. A simple index of Crohn's disease activity. **Lancet**, v. 1, no. 8167, p. 514, mar. 1980.

HAYNES, R. B. Introduction. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. Second printing. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1981A. Chapter 1, p. 1-7.

HAYNES, R. B. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment. In: HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. Second printing. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1981B. Chapter 4, p. 49-61.

HAYNES, R. B.; McKIBBON, K. A.; KANANI, R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. **Lancet**, v. 6, p. 348-383, 1996.

HEATH, I. A wolf in sheep's clothing: a critical look at the ethics of drug taking. **British Medical Journal**, n. 327, p. 856-8, 2003.

HEPLER C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, p. 533-543, 1990.

HOGERZEIL, H. V.; BIM, O.; ROSS-DEGNAN, D.; LAING, R. O.; OFORI-ADJEI, D.; SANTOSO, B.; et al. Field tests for rational drug use in twelve developing countries. **Lancet**, v. 342, p. 1408-10, 1993.

HOPE, C. J.; WU, J.; TU, W.; YOUNG, J.; MURRAY, M. D. Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 61, p. 2043-9, 2004.

KANE, S. V. Expert Column – Nonadherence to medical therapy in ulcerative colitis – Challenges and considerations. **Advances in Inflammatory Bowel Disease**, vol 1. 2006. Available in: <<http://www.medscape.com/viewarticle/540705>>.

KANE, S.; HUO, D.; AIKENS, J.; HANAUER, S. Medication nonadherence and the outcomes of patients with quiescent ulcerative colitis. **The American Journal of Medicine**, v. 114, p. 39-43, 2003.

KESSLER, D. A. Communicating with patients about their medications. **The New England Journal of Medicine**, v. 325, p. 1815-6, 1991.

KIRSNER, J. B. **Inflammatory bowel disease**. 5th edition, Wb Saunders Company ed. Philadelphia, Pennsylvania, 2000.

KOECHLER, J.; ABRAMOWITZ, P. W.; SWIM, S. E.; DANIELS, C. E. Indicators for the selection of ambulatory patients who warrant pharmacist monitoring. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v.46, n.4, p.728-732, 1989.

KRAPEK, K.; KING, K.; WARREN, S. S.; GEORGE, K. G.; CAPUTO, D. A.; MIHELICH, K.; HOLST, E. M.; NICHOL, M. B.; SHI, S. G.; LIVENGOD, K. B.; WALDEN, S.; LUBOWSKI, T. J. Medication adherence and associated hemoglobin A1c in type 2 diabetes. **The Annals of Pharmacotherapy**, v. 38, p. 1357-1362, jul. 2004.

LARSON, L. N., ROVERS, J. P., MACKEIGAN, L. D. Patient satisfaction with pharmaceutical care: update of a validated instrument. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 42, p. 44-50, 2002.

LEEMANS, L.; WILLEMS, L.; KINGET, R.; VERBEKE, N.; VERBRUGGEN, A.; KNOCKAERT, D.; LAEKEMAN, G. Doctor and pharmacist, hand in glove? Report after a year of clinical internship in Belgium. **European Hospital Pharmacy**, v. 7, n. 1, p. 34-38, 2001.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, no. 3, p. 775-782, 2003.

LEITE SN, NASCIMENTO JM, COSTA LH, BARBANO DAB. I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico que o Brasil necessita. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 461-2, 2008.

LEVY, R. L.; FELD, A. D. Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 94, n. 7, p. 1733-1742, 1999.

LLOYD-WILLIAMS, F. The effect of an intervention programme to improve health education leaflet uptake and distribution in community pharmacies. **Patient Education and Counseling**, v. 49, p. 27-33, 2003.

LOCKERBIE, L.; LUTZ, W. **Community health surveys. A practical guide for health workers. Number 4. Questionnaire design**. Edinburg, Scotland. Published by International Epidemiological Association, 1986.

LOUIS, E.; COLLARD, A.; OGER, A. F.; DEGROOTE, E.; ABOUL NASR EL YAFI, F. A.; BELAICHE, J. Behaviour of Crohn's disease according to the Vienna classification: changing pattern over the course of the disease. **GuT**, v. 49, no. 6, p. 777-782, 2001.

LYRA JÚNIOR, D. P. **Impacto de um programa de atenção farmacêutica nos resultados clínicos e humanísticos de um grupo de idosos, assistidos na Unidade Básica Distrital de Saúde Dr. Ítalo Baruffi, Ribeirão Preto (SP)**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2005.

LYRA JUNIOR, D.; AMARAL, R. T.; ABRIATA, J. P.; PELÁ, I. R. Satisfacción como resultado de un programa de atención farmacéutica para pacientes ancianos en Ribeirao Preto – São Paulo (Brasil). **Seguimiento Farmacoterapéutico**, v. 3, n. 1, p. 30-42, 2005.

MAGALHÃES, A. F. N. Doença de Crohn. In: DANI, R.; CASTRO, L. P. **Gastroenterologia Clínica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v. 1, p. 765-777.

MARTÍN-CALERO, M.; MACHUCA, M.; MURILLO, M. D.; CANSINO, J.; GASTELURRUTIA, M. A.; FAUS, M. J. Structural process and implementation programs of pharmaceutical care in different countries. **Current Pharmaceutical Design**, v. 10, p. 3969-3985, 2004.

MAZROUI, N. R.; KAMAL, M. M.; GHABASH, N. M.; YACOUT, T. A.; KOLE, P. L.; MCELNAY, J. C. Influence of pharmaceutical care on health outcomes in patients with Type 2 diabetes mellitus, **The British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 67, n. 5, p. 547-557, May 2009.

MENEU, R. La Atención Farmacéutica. ¿Antes consagrada que contrastada? **Gestión Clínica y Sanitaria**, v. 9, n. 1, p. 3-10, 2007.

MIASSO, A. I. **Terapêutica medicamentosa: orientação e conhecimento do paciente na alta e pós-alta hospitalar**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2002.

MICROMEDEX. **Healthcare Series**. Disponível em: <www.periodicos.capes.br>. Acesso em: 25 fev. 2007.

MS (Ministério da Saúde). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **O Ensino e as Pesquisas da Atenção Farmacêutica no âmbito do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2007.

MS (Ministério da Saúde). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2009.

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

MORISKY, D. E.; LEVINE, M.; GREEN, L. W.; SMITH, C. R. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. **Archives of Internal Medicine**, v. 142, n. 10, p. 1835-8, 1982.

NIGRO, G.; ANGELINI, G.; GROSSO, S. B.; CAULA, G.; SATEGNA-GUIDETTI, C. Psychiatric predictors of non compliance in inflammatory bowel disease. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 32, p. 61-68, 2001.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), 2002. Proposta: **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**. <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, p. 487-97, aug. 2005.

PCNE - Pharmaceutical Care Network Europe. 2009. PCNE Classification scheme for Drug-Related Problems V6.2. Disponível no site <www.pcne.org>, acessado em 03 de janeiro de 2010.

PELÁ, E. C. B. **Estresse e modos de enfrentamento em portadores de doenças inflamatórias intestinais**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2007.

PENAFORTE, T. R.; FORSTER, A. C.; SILVA, M. J. S. Evaluation of the performance of pharmacists in terms of providing health assistance at a university hospital. **Clinics**, v. 62, n. 5, p. 567-72, 2007.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PEREIRA, L. R. L; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n.4, out./dez., 2008.

PEREIRA, M. L. **Atenção Farmacêutica: implantação passo-a-passo**. Gráfica e Editora O Lutador. Belo Horizonte, MG, 2005.

PÉREZ, A. M. G.; FERNÁNDEZ, F. L.; CRESPO, F. M.; RUIZ, A. J. G.; TORRES, P. D.; ALARCÓN, F. S. C. Como diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria. **Medicina da Família**, v. 1, p. 13-19, 2000.

PODOLSKY, D. K. Inflammatory bowel disease (1). **The New England Journal of Medicine**, v. 325, p.928-937, 1991A.

PODOLSKY, D. K. Inflammatory bowel disease (2). **The New England Journal of Medicine**, v. 325, p. 1008-1016, 1991B.

PODOLSKY, D. K. Inflammatory Bowel Disease. **The New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 6, p. 417-429, 2002.

PONTES, R. M. A.; MISZPUTEN, S. J.; FERREIRA FILHO, O. F.; MIRANDA, C.; FERRAZ, M. B. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário “*inflammatory bowel disease questionnaire*” (IBDQ). **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 41, n.2, abr.-jun., 2004.

RAEHL, C. L.; WOODS, T.; PATRY, R. A.; SLEEPER, R. B. Individualized drug assessment in the elderly. **Pharmacotherapy**, v. 22, n. 10, p. 1239-48, 2002.

RAMALLE-GÓMARA, E.; BERMEJO-ASCORBE, R.; MARÍN, R. A.; ALEJO, I. M.; BUSTINDUY, M. I. S. C.; AMILBURU, C. V. Cumplimento del tratamiento antibiótico en niños no hospitalizados. **Atención Primaria**, v. 24, no. 6, p. 364-367, oct. 1999.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. 3ª edição. RJ: Guanabara Koogan, 1997.

REMBACKEN, B. J.; SNELLING, A. M.; HAWKEY, P. M.; CHALMERS, D. M.; AXON, A. T. R. Non-pathogenic *Escherichia coli* versus mesalazine for the treatment of ulcerative colitis: a randomized trial. **Lancet**, v. 354, n. 21, p. 635-9, Aug, 1999.

ROBINSON, A. Review article: inflammatory bowel disease – empowering the patient and improving outcome. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 20, Sup. 4, p. 84-87, 2004.

ROMANO-LIEBER, N. S.; TEIXEIRA, J. J. V.; FARHAT, F. C. L. G.; RIBEIRO, E.; CROZATTI, M. T. L.; OLIVEIRA, G. S. A. A literature review on pharmacists' interventions in the use of medication by elderly patients. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1499-1507, 2002.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 819-34, 2004.

SCHALL, R. Estimation in generalized linear models with random effects. **Biometrika**, v, 78, p, 719-727, 1991.

SEWITCH, M. J.; ABRAHAMOWICZ, M.; BARKUN, A.; BITTON, A.; WILD, G. E.; COHEN, A.; DOBKIN, P. L. Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 98, p. 1535-44, 2003.

SEWITCH, M.; ABRAHAMOWICZ, M.; BITTON, A.; DALY, D.; WILD, G.; COHEN, A.; KATZ, S.; SZEGO, P. L.; DOBKIN, P. L. Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 96, n. 5, p. 1470-1479, 2001.

SHALE, M. J., RILEY, S. A. Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, v. 18, p. 191-198, may 2003.

SILVA, L. R. **Conhecimentos e atitudes dos farmacêuticos sobre a regulamentação da profissão e funcionamento de drogarias – uma abordagem sanitária**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2002.

SILVA, T.; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 449-55, 2000.

SIMOES, S.; LAEKEMAN, G. Applying health technology assessment to pharmaceutical care: pitfalls and future directions. **Pharmacy World & Science**, v. 27, p. 73-5, 2005.

SOOKANEKNUN, P.; RICHARDS, R. M. E.; SANGUANSERMSRI, J.; TEERASUT, C. Pharmacist Involvement in Primary Care Improves Hypertensive Patient Clinical Outcomes. **The Annals of Pharmacotherapy**, v.38, p. 2023-2028, 2004.

SOUZA, E. M. **Atenção Farmacêutica a pacientes portadores de trombose venosa profunda (TVP) no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**. 2004. Dissertação (Mestre em Ciências Farmacêuticas), Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2004.

SOUZA, M. H. L. P.; TRONCON, L. E. A.; RODRIGUES, C. M.; VIANA, C. F. G.; ONOFRE, P. H. C.; MONTEIRO, R. A.; PASSOS, A. D. C.; MARTINELLI, A. L. C.; MENEGHELLI, U. G. Evolução da ocorrência (1980-1999) da doença de Crohn e da retocolite ulcerativa idiopática de análise das suas características clínicas em um Hospital Universitário do Sudeste do Brasil. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 39, n. 2, p. 98-105, 2002.

SOUZA, R. S. P; DEWULF, N. L. S.; ROSSI, D. F.; MARTINS, M. G.; COSTA, N. O.; ARAÚJO, M. C. A.; SAKAMOTO, L. M Satisfação dos pacientes: análise da qualidade do serviço prestado pela farmácia ambulatorial de um hospital universitário. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, VII. **CD de resumos**. Belo Horizonte, MG. 2009.

SPIPKER, B. Introduction. In: **Quality of Life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Lippincott-Raven publisher. Second edition, 1996.

STANGE, E. F.; TRAVIS, S. P. L.; VERMEIRE, S.; BEGLINGER, C.; KUPCINKAS, L.; GEBOES, K.; BARAKAUSKIENE, A.; VILLANACCI, V.; VON HERBAY, A.; WARREN, B. F.; GASCHE, C.; TILG, H.; SCHREIBER, S.W.; SCHÖLMERICH, J.; REINISCH, W. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. **GuT**, v. 55, p. i1-i15, 2006.

STANGE, E.F.; TRAVIS, S.P.L.; VERMEIRE, S.; REINISCH, W.; GEBOES, K.; BARAKAUSKIENE, A.; FEAKINS, R.; FLÉJOU, J.F.; HERFARTH, H.; HOMMES, D.W.; KUPCINSKAS, L.; LAKATOS, P.L.; MANTZARIS, G.J.; SCHREIBER, S.; VILLANACCI, V.; WARREN, B.F. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis. **Journal of Crohn's and Colitis**, v. 2, p. 1–23, 2008.

STENSON, W. F.; KORZENIK, J. Inflammatory Bowel Disease. In: YAMADA, T.; ALPERS, D. H.; KAPLOWITZ, N.; et al. **Textbook of Gastroenterology**. Fourth edition. Vol II. Philadelphia. Ed Lippincott Williams e Wilkins, 2003. Chapter 83, p. 1699-1759.

STONNINGTON, C. M.; PHILLIPS, S. F.; MELTON III, L. J.; ZINSMEISTER, A. R. Chronic ulcerative colitis: incidence and prevalence in a community. **GuT**, v. 28, p. 402-409, 1987.

STRAND, L. M., CIPOLLE, R. J., MORLEY, P. C., FRAKES, M. J. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. **Current Pharmaceutical Design**, v. 10, p. 3987-4001, 2004.

STREET, R. L.; MAKOUL, G.; ARORA, N. K.; EPSTEIN, R. M. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. **Patient Education and Counseling**, v. 74, n. 3, p. 295-301, 2009.

STRELEC, M. A. A. M. **A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SVARSTAD, B. L.; CHEWNING, B. A.; SLEATH, B. L.; CLAEISSON, C. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient Education and Counseling**, v. 37, p. 113-124, 1999.

TEIXEIRA, A. C. A. **Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e seus determinantes em pacientes de ambulatório**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 1998.

TOREN, O.; KERZMAN, H.; KOREN, N.; BARON-EPEL, O. Patients' knowledge regarding medication therapy and the association with health services utilization. **The European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 5, p. 311-6, 2006.

TRAVIS, S. P. L.; STANGE, E. F.; LÉMANN, M.; ØRESLAND, T.; CHOWERS, Y.; FORBES, A.; D'HAENS, G.; KITIS, G.; CORTOT, A.; PRANTERA, C.; MARTEAU, P.; COLOMBEL, J. F.; GIONCHETTI, P.; BOUHNİK, Y.; TIRET, E.; KROESEN, J.; STARLINGER, M.; MORTENSEN, N. J. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management. **GuT**, v. 55, sup. I, p.i16-i35, 2006.

TRAVIS; S.P.L.; STANGE, E.F.; LÉMANN, M.; ØRESLAND, T.; BEMELMAN, W.A.; CHOWERS, Y.; COLOMBEL, J.F. ; D'HAENS, G.; GHOSH, S. ; MARTEAU, P.; KRUIS, W.; MCC. MORTENSEN, N.J.; PENNINCKX, F.; GASSULL, M. European evidence-based Consensus on the management of ulcerative colitis: Current management. **Journal of Crohn's and Colitis**, v. 2, p. 24-62, 2008.

TRONCON, L. E. A.; DAMIÃO, A. O. M. C.; SIPAHI, A. M. Doenças Inflamatórias Intestinais. In: **Tratado de Clínica Médica**. Lopes A. C., Amato-Neto V. (eds). Editora Roca Ltda, 1ª edição, São Paulo, SP 2006. v. 1, p. 1055-1064.

TRUELOVE, S. C.; WITTS, L. J. Cortisone in ulcerative colitis: Final report on a therapeutic trial. **British Medical Journal**, v. 2, p. 1041-1048, 1955.

VAN HEES, P. A.; VAN TONGEREN, J. H. Compliance to therapy in patients on a maintenance dose of sulfasalazine. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 4, n. 4, p. 333-6, aug. 1982.

VAN MIL, J. W.; SCHULZ, M.; TROMP, F. J. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. **Pharmacy World & Science**, v. 26, p. 303-11, 2004.

VERMEIRE, E.; HEARNshaw, H.; VAN ROYEN, P.; DENEKENS, J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 26, no. 5, p. 331-342, oct. 2001.

WARE, J. E. The SF-36 Health Survey. In: **Quality of Life and pharmacoeconomics in clinical trials**. Lippincott-Raven publisher. Second edition, 1996.

WILSON, E. A. H. WOLF, M. S. Working memory capacity and the design of patient education materials: a cognitive factors perspective. **Patient Education and Counseling**, v. 74, p. 318-22, 2009.

WHO (World Health Organization), 1997. **WHOQOL, measuring quality of life**. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em: 02 set. 2005.

WHO (World Health Organization), 2003. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf>. Acesso em: 27 set. 2004.

8. ANEXOS

ANEXO A FICHA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

AVALIAÇÃO INICIAL			
C O N T A T O S - I N F O R M A Ç Õ E S	Nome		Data
	Endereço		
	Cidade	Estado	CEP
	Telefone (residencial)	Celular	Trabalho e-mail
	Médico/Especialista		Telefone
	Médico/Especialista		Telefone
	Médico/Especialista		Telefone

D A D O S - D E M O G R A F I C O S	Data de nascimento		Gênero:
	Peso	Altura	IMC
	Gravidez: S/N	Data provável de parto	Amamentação
	Ocupação	Escolaridade	
	Moradia / Família		
	Plano de saúde e aonde adquire seus medicamentos		

Razão do encontro:

EXPERIENCIA COM MEDICAMENTO

- O que o paciente DESEJA/ ESPERA do seu tratamento medicamentoso?
- Descrever qualquer PREOCUPAÇÕES que o paciente tem sobre sua farmacoterapia
- Qual é o GRAU DE ENTENDIMENTO do paciente sobre sua farmacoterapia.
- PREFERÊNCIAS, ATITUDES, E CRENÇAS do paciente sobre sua farmacoterapia.
- Informação CULTURAL, ÉTNICO-RELIGIOSA, E GENÉTICA que pode influenciar a farmacoterapia.
- Descrever o COMPORTAMENTO do paciente relacionado à farmacoterapia.

Conclusão: O que deve ser incorporado ao plano?

Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

A L E R T A S	ALERGIA à medicamentos e outros
	REAÇÕES ADVERSAS à medicamentos no passado.
	Outros alertas/ necessidades especiais (visão/ audição/ mobilidade/ alfabetização/ deficiência física ou mental)

MEDICAMENTOS ANTERIORES	Medicamento	Indicação	Resposta	Período

História médica pregressa (patologia grave, hospitalizações, cirurgia, gravidez, parto)

História familiar

H Á B I T O S D E V I D A	Substâncias	História de uso	Alimentação, atividades, plantas medicinais, outros
	Tabaco ☐ Não faz uso	☐ 0-10 cigarros/dia ☐ 10-20 cigarros/dia ☐ > 1 maço/dia ☐ História anterior de uso ☐ Tentativa de parar Há quanto tempo parou? _____	
	Café ☐ Não faz uso	☐ < 2 xícaras/dia ☐ 2-6 xícaras/dia ☐ > 6 xícaras/dia ☐ história anterior de uso Há quanto tempo parou? _____	
	Álcool ☐ Não faz uso	Tipo de bebida: _____ ☐ < 2 copos/semana ☐ 2-6 copos/semana ☐ > 6 copos/semana ☐ história anterior de uso Há quanto tempo parou? _____	

P A R Â M E T R O S	Parâmetro	Valor	Data
	Glicose		

Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

Revisão de Sistema		S/N			S/N	
	Sistema geral		Perda de apetite	Genitourinário Reprodutivo		Dismenorréia
			Alteração de peso			Incontinência
			Dor			Diminuição do desejo sexual
			Tonteira (vertigem)			Corrimento vaginal/coceira
			Edema			Ondas de calor
	OONB		Alterações visuais	Sintomas hematopoiéticos		Formação excessiva de hematomas
			Diminuição de audição			Hemorragia
			Zumbido no ouvido			Anemia
			Epistaxe	Músculo-esquelético		Dor nas costas
			Rinite alérgica			Artrite (osteo/reumatoide)
			Glaucoma	Sistema nervoso		Parestesia
			Hemoptise			Tremor
	Cardiovascular		Dor no peito			Perda equilíbrio
			Hiperlipidemia			Depressão
			Hipertensão			Suicídio
			Infarto do miocárdio			Ansiedade/nervosismo
	Pulmonar		Asma			Perda de memória
			Falta de ar	Pele		Eczema/psoríase
			Chiado			Prurido
	TGI		Queimação			Rash
			Dor abdominal	Doenças infecciosas		Malária
			Diarréia			Sífilis
			Náusea			HPV
			Constipação			Gonorréia
	Sistema Endócrino		Diabetes			Herpes
			Hipotireodismo	Obs. gerais:		
			Sintomas de menopausa			
	Urinário		Frequência urinária			

Problemas relacionados a medicamentos a serem resolvidos

P R M	Problemas de saúde e farmacoterapia envolvida	Indicação
		1- Medicamento desnecessário 2- Necessita farmacologia adicional
	Problemas de saúde e farmacoterapia envolvida	Efetividade
		3- Necessita medicamento / produto diferente 4- Dose baixa
	Problemas de saúde e farmacoterapia envolvida	Segurança
		5- Reação adversa à medicamento 6- Dose alta
	Problemas de saúde e farmacoterapia envolvida	Cumprimento
		7- Não segue as instruções

☐ Não apresenta problema relacionado a medicamento(s) neste momento

Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

C O N D I Ç O E S M É D I C A S E M E D I C A M E N T O S	Produto (Quem indicou)	Indicação	Regime posológico* (dose, via, frequência, duração)	Data de início	Resposta (efetividade/segurança)	Parâmetros de monitorização

História médica atual

Prontuário: _____ Farmacêutico: _____ Data ____ / ____ / ____

PLANO DE CUIDADO				
Problema de saúde Objetivo terapêutico	Medicamento (dose, via, frequência, duração) Parâmetros de efetividade e segurança	Dados subjetivos e objetivos	PRM (descrição)	Planos e condutas

ANEXO B

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

Caracterização sócio-demográfica:

Registro H:C. _____ Data de obs: ____/____/____

Documento de identidade: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

1) Procedência:☐ - Ribeirão Preto☐ - Outra cidade fora do estado de SP☐ - Outra cidade do estado de SP**Telefone:** (____) _____**2) Sexo:** ☐ Masculino☐ Feminino**3) Data de nascimento:** ____ / ____ / ____ **Idade:** _____**4) Estado civil:**☐ - Solteiro☐ - separado / divorciado☐ - casado☐ - amasiado / união consensual☐ - viúvo**5) Escolaridade:**☐ - analfabeto☐ - ensino médio completo☐ - sabe ler e escrever☐ - educação superior incompleto☐ - ensino fundamental incompleto☐ - educação superior completo☐ - ensino fundamental completo☐ - não sabe☐ - ensino médio incompleto**6) Ocupação:**☐ - aposentado☐ - do lar☐ - desempregado☐ - outros: _____☐ - Trabalhador com vínculo empregatício

Qual a natureza? _____

☐ - trabalhador autônomo**7) N° de pessoas na família que moram na mesma casa:** _____**8) Renda mensal da família: R\$** _____**9) Renda pessoal: R\$** _____**10) Plano de saúde:** _____

ANEXO C

AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Nome do paciente: _____

Número do prontuário: _____ datas de avaliação:

18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

*Características clínicas gerais*1) É portador de outra doença? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não

Qual(ais)?:	Duração	N de internações

2) Operações prévias? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não Quantidade: _____

Qual: _____

3) Internações prévias pela DII? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não Quantidade: _____4) Internações prévias por outra doença? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não Quantidade: _____*Caracterização da doença inflamatória intestinal*

5) Entrada no HC: _____ 6) Entrada no GAD: _____

7) Tempo com sintomas sem procurar o médico: _____ 8) Tempo para diagnóstico: _____

9) Diagnóstico principal: ☐ 1 - DC ☐ 2 - RCU ☐ 3 - DIII 10) Data do diagnóstico: _____

11) Extensão / Localização:				12) Forma:			
DC		RCU		DC		RCU	
☐ 1 - Íleo	☐ 5 - Proctite	☐ 2 - Íleo-cólon	☐ 6 - Retossigmoidite	☐ 1 - inflamatória	☐ 5 - leve/transitória	☐ 3 - Cólon	☐ 6 - moderada
☐ 3 - Cólon	☐ 7 - Colite Esquerda	☐ 4 - Outros: _____	☐ 8 - Colite Extensa/Pancolite	☐ 2 - estenosante	☐ 7 - grave	☐ 4 - Outros: _____	

Avaliação clínica:

13) Atividade (observação feita na data da consulta):

	24 meses	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
Estado na consulta								
Período q ficou em ativ								
Nº de vezes q entrou em ativ								

(classificação: ☐ 1 - em atividade ☐ 2 - remissão ☐ 3 - indeterminado)

14) Condições clínicas (DC: Harvey & Bradshaw; RCU: Rembacken – na data da consulta)

Critério	24 meses	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
1)								
2)								
3)								
4)								
5)								
Total pontos								

15) número total de consultas médicas necessárias nos últimos 6 meses (incluindo a consulta atual):

	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
GAD							
Outros							

16) O nº total de exames solicitados nos últimos 6 meses (avaliar o intervalo incluindo a data atual):
Sangue:

	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
GAD							
Outros							

Urina/fezes:

	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
GAD							
Outros							

Radiológicos/imagem:

	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
GAD							
Outros							

Endoscópicos:

	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
GAD							
Outros							

17) registro de complicações: _____

18) realização de operações (Descrever motivo e período): _____

19) Internações totais no intervalo de 6 meses:

	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
Nº de internações							
Dias internados							

MEDICAMENTOS

20) Número total de medicamentos em uso (no dia da consulta):

	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
GAD							
Outros							

21) Número de momentos terapêuticos e tipo:

	18 meses	12 meses	6 meses	Início	6 meses	12 meses	18 meses
GAD							
Outros							

22) COTEJO DA TABELA

	INICIO	6 MESES	12 MESES
Medicamentos DII			
Medicamentos em geral (Todos)			

1-Todos dados corretos; 2-Tomo a mais; 3-Toma a menos; 4-Nao sabe o med; 5-Nao toma; 6-Toma outro; 7- Branco

Relação de todos os medicamentos(s) prescrito(s) no último retorno (descritos na “conduta” do atendimento que precedeu a entrevista):

Produto (Quem indicou)	Indicação	Regime posológico* (dose, via, frequência, duração)			Data de início
		INICIO	6 MESES	12 MESES	

Observações gerais:

ANEXO D**FICHA DE REAVALIAÇÃO**

() 6 MESES APÓS ENTREVISTA INICIAL

() 12 MESES APÓS ENTREVISTA INICIAL

Paciente : _____

Prontuário: _____ Farmacêutico: _____

Data de obs: ____ / ____ / ____

Medicamentos em uso

O Sr está utilizando algum medicamentos? Qual(ais)?

Produto (Quem indicou)	Indicação	Regime posológico* (dose, via, frequência, duração)	Data de início

Teste de Morisky

Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio? ()

Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? ()

Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar seu remédio? ()

Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? ()

O Sr(a) gostaria de fazer alguma observação sobre o tratamento medicamentoso?

ANEXO E

SF36

Nome: _____

Registro H:C. _____ Data de obs: ____/____/____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- .Excelente1
 .Muito boa2
 .Boa.....3
 .Ruim4
 .Muito ruim.....5

2. Comparando a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- .Muito melhor agora do que a um ano atrás.....1
 .Um pouco melhor agora do que a um ano atrás.....2
 .Quase a mesma coisa de um ano atrás.....3
 .Um pouco pior agora do que há um ano atrás.....4
 .Muito pior agora do que há um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilometro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua **saúde física**?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em suas atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência se algum **problema emocional** (como sentir-se deprimido e ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, De que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- .De forma nenhuma 1
 .Ligeiramente 2
 .Moderadamente 3
 .Bastante 4
 .Grave 5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as **últimas 4 semanas**?

(circule uma)

- .Nenhuma 1
 .Muito leve 2
 .Leve 3
 .Moderada 4
 .Grave 5
 .Muito grave 6

8. Durante as **últimas 4 semanas**, quanta dor no corpo interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- .De maneira alguma 1
 .Um pouco 2
 .Moderadamente 3
 .Bastante 4
 .Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais aproxime da maneira como você se sente. Em relação **as últimas 4 semanas**.

(circule um numero para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante **as ultimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- .Todo o tempo.....1
 .A maior parte do tempo.....2
 .Alguma parte do tempo.....3
 .Uma pequena parte do tempo.....4
 .Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número para cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piora	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO F

ANÁLISE DO PRONTUÁRIO FARMACÊUTICO

Número de consultas: _____ Número de faltas do paciente: _____

Tempo das consultas: _____

PRM para DII

Número total de	PRM 1	PRM 2	PRM 3	PRM 4	PRM 5	PRM 6	PRM 7
PRM observados							
PRM resolvidos							
PRM potenciais							
PRM potenciais prevenidos							

PRM geral

Número total de	PRM 1	PRM 2	PRM 3	PRM 4	PRM 5	PRM 6	PRM 7
PRM observados							
PRM resolvidos							
PRM potenciais							
PRM potenciais prevenidos							

Obs: _____

Lista de intervenções farmacêuticas

Domínio	Intervenção	
Nível prescritor	Prescritor informado	_____
	Prescritor consultado sobre informações	_____
	Intervenção proposta e aprovada	_____
	Intervenção proposta e não aprovada	_____
	Intervenção proposta, sem retorno	_____
Nível paciente	Orientação paciente	_____
	Informação escrita	_____
	Paciente referenciado ao prescritor	_____
	Conversa com a família/cuidador	_____
Nível medicação	Alteração de medicação	_____
	Alteração de dose	_____
	Alteração de formulação	_____
	Alteração de instruções de uso	_____
	Substituição de medicação	_____
	Nova medicação iniciada	_____
Outra forma de intervenção	Medicação retirada	_____
	Outras	_____
	Relatos de RAM a autoridades	_____

Outras informações:

ANEXO G

Instrumento para avaliação da satisfação com relação ao farmacêutico-pesquisador e ao programa de Atenção Farmacêutica

1. O farmacêutico fica com o (a) Sr(a) tanto tempo quanto necessário?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
2. O farmacêutico explica os possíveis efeitos colaterais que um novo medicamento pode causar ao(a) Sr(a)?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
3. Se o(a) sr(a) tem uma dúvida sobre sua prescrição (receita), o farmacêutico está disponível para lhe orientar?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
4. O farmacêutico sabe explicar as coisas de um modo que o(a) Sr(a) entende?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
5. O farmacêutico não é tão detalhista quanto poderia ser?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
6. O farmacêutico confirma se o(a) Sr(a) entendeu como tomar os medicamentos?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
7. O farmacêutico não fica tempo suficiente com o(a) Sr(a)?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
8. O farmacêutico é amigável com o(a) Sr(a)?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
9. O farmacêutico é um profissional competente?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
10. O(a) Sr(a) tem que esperar muito tempo antes que consiga ser atendido pelo farmacêutico?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
11. O Sr(a) tem dificuldade de entender o farmacêutico?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
12. O farmacêutico se interessa sinceramente pelo Sr(a), como pessoa?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
13. Há muitas distrações (na sala de atendimento) que fazem com que o Sr(a) não receba um bom atendimento?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()
14. O(a) Sr(a) está satisfeito com o atendimento que está recebendo do farmacêutico?
Sempre () Quase sempre () Às vezes () Quase nunca () Nunca ()

QUESTÕES ABERTAS

15. Qual o significado do farmacêutico para o Sr(a) e para a sua saúde?
16. O que significou para o (a) Sr(a) e para a sua saúde participar desse programa?

ANEXO H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo de Acompanhamento mensal)

TÍTULO DO PROJETO: Estudo sobre a contribuição da atenção farmacêutica na evolução de portadores de doenças inflamatórias intestinais atendidos em ambulatório terciário.

PESQUISADORA: Farmacêutica Nathalie de Lourdes Souza Dewulf.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncon.

Sr(a). Paciente,

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para a realização deste estudo que irá avaliar a importância da atenção farmacêutica nas doenças inflamatórias intestinais. Para isso, contamos com a participação do(a) Sr(a) comparecendo a encontros mensais, previamente agendados, durante um ano. O(a) Sr(a) receberá acompanhamento farmacêutico, em atendimentos reservados, com duração média de 30 minutos. Nestes atendimentos, serão realizados questionários sobre dados pessoais e o estado geral de saúde do Sr(a), assim como a análise dos medicamentos utilizados e elaboração de um plano de cuidado em conjunto com o Sr(a). Não há nenhum desconforto ou risco para a participação do(a) Sr(a).

Para que nossos resultados sejam os mais verídicos possíveis, gostaríamos de pedir ao(à) Sr(a) que responda o mais sinceramente as perguntas. Toda e qualquer resposta, a mais sincera possível, não irá afetar o tratamento que realiza aqui no HC, ou em qualquer outra Unidade de Saúde. Solicitamos, também, a autorização para consultar e analisar dados presente no prontuário médico do Sr(a).

Os dados serão utilizados para elaboração da tese de doutorado e posterior publicação, em forma de artigo e/ou livro. Ressalta-se que não haverá identificação de dados pessoais, pois as informações prestadas são confidenciais e serão unicamente de uso para a pesquisa.

Estamos a disposição para esclarecer qualquer dúvida acerca da entrevista. O(a) Sr(a). tem a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento e terá sua privacidade preservada.

Não sabemos se os resultados da entrevista poderão trazer algum benefício ao(à) Sr(a)., mas esperamos que no futuro, possa beneficiar outros pacientes.

Este documento será emitido em duas vias, uma será de propriedade do(a) Sr(a)., e a outro ficará arquivada pelo pesquisador.

Direitos assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN):

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.
4. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando.
5. A disponibilidade de tratamento médico e indenização que legalmente teria direito, por parte da instituição à Saúde, em caso de danos que justifiquem, diretamente causados pela pesquisa.
6. Que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Eu, _____, de RG nº _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos de acordo com a resolução 196/96 do CNS, concordo em participar deste acompanhamento farmacêutico recomendada pelo pesquisador que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

Paciente ou responsável

Pesquisador (a)

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo de Acompanhamento com Consulta Médica)

TÍTULO DO PROJETO: Estudo sobre a contribuição da atenção farmacêutica na evolução de portadores de doenças inflamatórias intestinais atendidos em ambulatório terciário.

PESQUISADORA: Farmacêutica Nathalie de Lourdes Souza Dewulf.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncon.

Sr(a). Paciente,

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para a realização deste estudo que irá avaliar a importância da atenção farmacêutica nas doenças inflamatórias intestinais. Para isso, contamos com a participação do(a) Sr(a) comparecendo a encontros agendados em conjunto com as consultas médicas, durante um ano. O(a) Sr(a) receberá acompanhamento farmacêutico, em atendimentos reservados, com duração média de 30 minutos. Nestes atendimentos, serão realizados questionários sobre dados pessoais e o estado geral de saúde do Sr(a), assim como a análise dos medicamentos utilizados e elaboração de um plano de cuidado em conjunto com o Sr(a). Não há nenhum desconforto ou risco para a participação do(a) Sr(a).

Para que nossos resultados sejam os mais verídicos possíveis, gostaríamos de pedir ao(à) Sr(a) que responda o mais sinceramente as perguntas. Toda e qualquer resposta, a mais sincera possível, não irá afetar o tratamento que realiza aqui no HC, ou em qualquer outra Unidade de Saúde. Solicitamos, também, a autorização para consultar e analisar dados presente no prontuário médico do Sr(a).

Os dados serão utilizados para elaboração da tese de doutorado e posterior publicação, em forma de artigo e/ou livro. Ressalta-se que não haverá identificação de dados pessoais, pois as informações prestadas são confidenciais e serão unicamente de uso para a pesquisa.

Estamos a disposição para esclarecer qualquer dúvida acerca da entrevista. O(a) Sr(a). tem a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento e terá sua privacidade preservada.

Não sabemos se os resultados da entrevista poderão trazer algum benefício ao(à) Sr(a)., mas esperamos que no futuro, possa beneficiar outros pacientes.

Este documento será emitido em duas vias, uma será de propriedade do(a) Sr(a)., e a outro ficará arquivada pelo pesquisador.

Direitos assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde(CSN):

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.
4. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando.
5. A disponibilidade de tratamento médico e indenização que legalmente teria direito, por parte da instituição à Saúde, em caso de danos que justifiquem, diretamente causados pela pesquisa.
6. Que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Eu, _____, de RG nº _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos de acordo com a resolução 196/96 do CNS, concordo em participar deste acompanhamento farmacêutico recomendada pelo pesquisador que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

Paciente ou responsável

Pesquisador (a)

ANEXO J

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO CONTROLE)

TÍTULO DO PROJETO: Estudo sobre a contribuição da atenção farmacêutica na evolução de portadores de doenças inflamatórias intestinais atendidos em ambulatório terciário.

PESQUISADORA: Farmacêutica Nathalie de Lourdes Souza Dewulf.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luiz Ernesto de Almeida Troncon.

Sr(a). Paciente,

Gostaríamos de contar com a sua colaboração para a realização deste estudo que irá avaliar a importância da atenção farmacêutica nas doenças inflamatórias intestinais. Para isso, contamos com a participação do(a) Sr(a) para responder a um questionário sobre dados pessoais e do estado geral de saúde do Sr(a). Estes questionários serão realizados hoje e em mais dois encontros, após 6 e 12 meses. Estes encontros terão duração média de 30 minutos e não haverá nenhum desconforto ou risco para o(a) Sr(a).

Para que nossos resultados sejam os mais verídicos possíveis, gostaríamos de pedir ao(à) Sr(a) que responda o mais sinceramente as perguntas. Toda e qualquer resposta, a mais sincera possível, não irá afetar o tratamento que realiza aqui no HC, ou em qualquer outra Unidade de Saúde. Solicitamos, também, a autorização para consultar e analisar dados presente no prontuário médico do Sr(a).

Os dados serão utilizados para elaboração da tese de doutorado e posterior publicação, em forma de artigo e/ou livro. Ressalta-se que não haverá identificação de dados pessoais, pois as informações prestadas são confidenciais e serão unicamente de uso para a pesquisa.

Estamos a disposição para esclarecer qualquer dúvida acerca da entrevista. O(a) Sr(a). tem a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento e terá sua privacidade preservada.

Não sabemos se os resultados da entrevista poderão trazer algum benefício ao(à) Sr(a)., mas esperamos que no futuro, possa beneficiar outros pacientes.

Este documento será emitido em duas vias, uma será de propriedade do(a) Sr(a)., e a outro ficará arquivada pelo pesquisador.

Direitos assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde(CSN):

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa e o tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.
4. O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar minha vontade de continuar participando.
5. A disponibilidade de tratamento médico e indenização que legalmente teria direito, por parte da instituição à Saúde, em caso de danos que justifiquem, diretamente causados pela pesquisa.
6. Que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Eu, _____, de RG nº _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos de acordo com a resolução 196/96 do CNS, concordo em participar deste acompanhamento farmacêutico recomendada pelo pesquisador que subscreve este documento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200__.

Paciente ou responsável

Pesquisador (a)

9. APÊNDICES

APÊNDICE A: Tabelas descritivas referente ao índice clínico.

Tabela 9. 1 - Estatística descritiva referente ao índice clínico.

Grupo	Tempo	n	Média	D.P.	Mínimo	Mediana	Máximo
GAF	T(-12)	33	8,90	8,66	2,70	6,67	46,67
	T(-6)	42	10,08	9,97	2,70	6,04	40,00
	T(0)	39	11,62	11,50	2,70	6,67	40,00
	T(6)	52	12,97	12,04	2,70	9,05	43,33
	T(12)	41	8,35	7,53	2,70	6,67	43,33
GC	T(-12)	46	10,55	10,55	2,70	6,67	53,33
	T(-6)	47	8,56	7,36	2,70	5,41	32,43
	T(0)	49	7,41	6,46	2,70	3,33	30,00
	T(6)	36	9,03	8,62	2,70	5,41	43,33
	T(12)	44	8,87	7,97	2,70	5,41	32,43

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; n: número total de leituras no prontuário; D.P.: desvio padrão.

Tabela 9. 2 - Estatística descritiva para o Logaritmo para o índice clínico.

Grupo	Tempo	n	Média	D.P.	Mínimo	Mediana	Máximo
GAF	T(-12)	33	1,87	0,76	0,99	1,90	3,84
	T(-6)	42	1,95	0,81	0,99	1,79	3,69
	T(0)	39	2,02	0,92	0,99	1,90	3,69
	T(6)	52	2,15	0,93	0,99	2,20	3,77
	T(12)	41	1,87	0,67	0,99	1,90	3,77
GC	T(-12)	46	2,01	0,81	0,99	1,90	3,98
	T(-6)	47	1,88	0,70	0,99	1,69	3,48
	T(0)	50	1,76	0,81	0,99	1,20	4,25
	T(6)	36	1,87	0,79	0,99	1,69	3,77
	T(12)	44	1,87	0,76	0,99	1,69	3,48

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; n: número total de leituras no prontuário; D.P.: desvio padrão.

APÊNDICE B: Tabelas relativas aos exames realizados no período estudado.**Tabela 9.3** - Mediana dos números de exames de sangue realizados pelos pacientes nos dois grupos, nos vários tempos do estudo. Os valores entre parênteses compõem a variação (mínimo - máximo).

	GAF (N=18)		GC (N=17)	
	Sangue para DII	Sangue para outros problemas de saúde	Sangue para DII	Sangue para outros problemas de saúde
T(-12)	4,5 (0 – 24)	1,0 (0 – 11)	5,0 (0 – 14)	0,0 (0 – 10)
T(-6)	4,0 (0 – 13)	0,0 (0 – 18)	4,0 (0 – 16)	1,0 (0 – 7)
T(0)	4,0 (0 – 14)	0,0 (0 – 24)	3,0 (0 – 27)	0,0 (0 – 35)
T(6)	4,0 (0 – 41)	3,0 (0 – 25)	3,0 (0 – 18)	0,0 (0 – 10)
T(12)	4,0 (0 – 28)	0,0 (0 – 32)	5,0 (0 – 33)	2,0 (0 – 21)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, DII: Doenças Inflamatórias Intestinais, T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Tabela 9.4 – Mediana dos números de exames de urina e fezes realizados pelos pacientes nos dois grupos, nos vários tempos do estudo. Os valores entre parênteses compõem a variação (mínimo - máximo).

	GAF (N=18)		GC (N=17)	
	Urina/Fezes para DII	Urina/Fezes para outros problemas de saúde	Urina/Fezes para DII	Urina/Fezes para outros problemas de saúde
T(-12)	0,0 (0 – 4)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 2)	0,0 (0 – 0)
T(-6)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 0)
T(0)	0,0 (0 – 0)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 6)	0,0 (0 – 0)
T(6)	0,0 (0 – 5)	0,0 (0 – 0)	0,0 (0 – 0)	0,0 (0 – 0)
T(12)	0,0 (0 – 4)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 0)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, DII: Doenças Inflamatórias Intestinais, T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Tabela 9.5 - Mediana dos números de exames de imagem ou radiológicos realizados pelos pacientes nos dois grupos, nos vários tempos do estudo. Os valores entre parênteses compõem a variação (mínimo - máximo).

	GAF (N=18)		GC (N=17)	
	Imagem/Radiológico para DII	Imagem/Radiológico para outros problemas de saúde	Imagem/Radiológico para DII	Imagem/Radiológico para outros problemas de saúde
T(-12)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 3)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 1)
T(-6)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 4)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 3)
T(0)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 2)	0,0 (0 – 3)	0,0 (0 – 3)
T(6)	0,0 (0 – 3)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 0)	0,0 (0 – 1)
T(12)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 3)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 9)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, DII: Doenças Inflamatórias Intestinais, T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

Tabela 9.6 - - Mediana dos números de exames endoscópicos realizados pelos pacientes nos dois grupos, nos vários tempos do estudo. Os valores entre parênteses compõem a variação (mínimo - máximo).

	GAF (N=18)		GC (N=17)	
	Endoscópicos para DII	Endoscópio para outros problemas de saúde	Endoscópicos para DII	Endoscópio para outros problemas de saúde
T(-12)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 0)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 1)
T(-6)	0,0 (0 – 2)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 2)	0,0 (0 – 1)
T(0)	0,0 (0 – 2)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 1)
T(6)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 0)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 0)
T(12)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 2)	0,0 (0 – 1)	0,0 (0 – 0)

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, DII: Doenças Inflamatórias Intestinais, T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

APÊNDICE C: Tabela contendo os valores referentes ao questionário de qualidade de vida SF36.

Tabela 9. 7 – Tabela contendo valores resultantes do questionário de qualidade de vida (SF36) para os pacientes dos dois grupos, nos vários tempos do estudo.

	GAF N = 18						GC N = 17						Análise entre GAF e GC		
	Mediana (mínimo - máximo)			P T(0)- T(6)	P T(0)- T(12)	P T(6)- T(12)	Mediana (mínimo - máximo)			P T(0)- T(6)	P T(0)- T(12)	P T(6)- T(12)	P T(0)	P T(6)	P T(12)
	T0	T6	T12				T0	T6	T12						
Capacidade Funcional	82,5 (15 - 100)	82,5 (25 - 100)	85,0 (20 - 100)	0,64	0,59	0,93	65,0 (5 - 100)	75,0 (25 - 100)	75,0 (12 - 100)	0,43	0,10	0,38	0,13	0,18	0,32
Aspectos Físicos	62,5 (0 - 100)	87,5 (0 - 100)	87,5 (0 - 100)	0,61	0,61	1,0	50,0 (0 - 100)	25,0 (0 - 100)	75,0 (0 - 100)	0,29	0,12	0,01	0,25	0,03	0,63
Dor	62,0 (22 - 100)	61,0 (31 - 100)	62,0 (31 - 100)	0,61	0,67	0,36	52,0 (22 - 100)	52,0 (22 - 100)	62,0 (22 - 100)	0,90	0,20	0,16	0,69	0,45	0,54
Estado Geral de saúde	68,5 (35 - 97)	69,5 (40 - 97)	74,5 (25 - 100)	1,0	0,56	0,56	52,0 (30 - 92)	67,0 (35 - 97)	62,0 (5 - 92)	0,15	0,28	0,72	0,10	0,41	0,48
Vitalidade	57,5 (10 - 95)	60,0 (20 - 90)	57,5 (15 - 90)	0,74	0,51	0,74	60,0 (10 - 95)	55,0 (10 - 100)	60,0 (5 - 100)	0,70	0,56	0,84	0,64	0,94	0,81
Aspectos sociais	75,0 (12,5 - 100)	93,7 (25 - 100)	81,2 (12,5 - 100)	0,11	0,43	0,43	62,5 (37,5 - 100)	75,0 (37,5 - 100)	87,5 (37,5 - 100)	0,28	0,08	0,49	0,44	0,28	0,93
Aspectos emocionais	66,6 (0 - 100)	100,0 (0 - 100)	83,3 (0 - 100)	0,22	0,72	0,11	33,3 (0 - 100)	33,3 (0 - 100)	100,0 (0 - 100)	0,71	0,47	0,28	0,56	0,07	0,79
Saúde Mental	54,0 (20 - 100)	74,0 (24 - 96)	66,0 (12 - 96)	<0,01	0,04	0,13	60,0 (20 - 88)	64,0 (28 - 88)	68,0 (8 - 100)	0,19	0,01	0,21	0,93	0,21	0,81

GAF: Grupo da atenção farmacêutica; GC: grupo controle; N: número de pacientes em cada grupo, DII: Doenças Inflamatórias Intestinais, T(0): início do estudo; T(6): seis meses de estudo; T(12): 12 meses de estudo.

APENDICE D: Tabelas relativas as intervenções realizadas durante o estudo.**Tabela 9. 8** – Descrição detalhada das intervenções realizadas aos pacientes durante o estudo de atenção farmacêutica.

N de realizações	Intervenção realizada	Detalhes
26	Orientação paciente	Orientação quanto adesão ao tratamento medicamentoso
2	Orientação paciente	Orientação quanto adesão ao tratamento medicamentoso - esquecimento
10	Orientação paciente	Alteração de horário de tomada de medicamentos
1	Orientação paciente	Orientação quanto ao horário fixo para tomada da medicação
1	Orientação paciente	Orientação sobre ocorrência de alteração de dose
5	Orientação paciente	Orientação sobre auto-medicação
3	Orientação paciente	Não usar receita médica antiga
1	Orientação paciente	Informação sobre dúvida de interação medicamentosa por telefone
3	Orientação paciente	Quanto ao uso de AINEs
1	Orientação paciente	Orientações quanto ocorrência de RAM
1	Orientação paciente	Orientação sobre cuidados com plantas medicinais
2	Orientação paciente	Esclarecimentos em relação a prescrição
8	Orientação paciente	Estimular comunicação paciente-médico
1	Orientação paciente	Estimular comunicação paciente- médico, quanto aos sintomas
1	Orientação paciente	Estimular comunicação paciente- médico, quanto a RAM
1	Orientação paciente	Estimular comunicação paciente- médico, uso de AINEs
2	Orientação paciente	Importância de realização de exames laboratoriais
8	Orientação paciente	Tratamento não-farmacológico - nutricional
4	Orientação paciente	Tratamento não-farmacológico - exercícios físicos
1	Orientação paciente	Mudança de hábito de vida - fumo
7	Orientação paciente	Orientação quanto ao processo de liberação dos medicamentos
3	Informação escrita	Elaboração de tabela de medicamentos
4	Paciente referenciado ao prescritor	Paciente referido ao prescritor - iniciar psicoterapia
3	Paciente referenciado ao prescritor	Paciente referido ao prescritor - acompanhamento cardiologista
2	Paciente referenciado ao prescritor	Paciente referido ao prescritor - ortopedista
1	Paciente referenciado ao prescritor	Paciente referido ao prescritor - acompanhamento dermatologista

N: número; AINE: antiinflamatórios não-esteroidais; RAM: reações adversas ao medicamento.

Tabela 9. 9 - Descrição detalhada das intervenções realizadas junto ao prescritor durante o estudo de atenção farmacêutica.

N de realizações	Intervenção realizada	Detalhes
1	Prescritor consultado sobre informações	Esclarecimentos quanto prescrição
1	Intervenção proposta e aprovada	Alteração devido a falta
3	Intervenção proposta e aprovada	Sugestão de exames de monitoramento - posto de saúde
1	Intervenção proposta e aprovada	Inserção de nova terapêutica
1	Intervenção proposta e aprovada	Alteração de dose
1	Intervenção proposta e aprovada	Sugestão de exames de monitoramento - posto de saúde
3	Intervenção proposta e aprovada	Manutenção de tratamento
1	Intervenção proposta e aprovada	Suspensão de medicamento por RAM
1	Intervenção proposta e aprovada	Prescrição de dose elevada
1	Intervenção proposta e aprovada	Atenção aos exames laboratoriais quanto risco de alteração por interação medicamentosa
1	Intervenção proposta, sem retorno	Controle no uso de AINE
1	Prescritor informado	Envio de resultados laboratoriais para prescrição de medicação

N: número; AINE: antiinflamatórios não-esteroidais; RAM: reações adversas ao medicamento.

Tabela 9. 10 - Descrição detalhada das intervenções realizadas quanto a medicação durante o estudo de atenção farmacêutica.

N de realizações	Intervenção realizada	Detalhes
2	Substituição de medicação	Substituir AINEs
1	Alteração de dose	Alteração devido a falta
1	Alteração de dose	Prescrição de dose elevada
1	Alteração de dose	Diminuição devido a RAM
1	Nova droga iniciada	Baixa eficácia do tratamento
1	Medicação retirada	Devido a RAM

N: número; AINE: antiinflamatórios não-esteroidais; RAM: reações adversas ao medicamento