



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

VINICIUS SOARES RIBEIRO

**PROTOCOLOS CLINICOS PARA FARMACÊUTICOS: GUIA PARA
A TOMADA DE DECISÃO**

JOÃO PESSOA – PB

JUNHO – 2021

VINÍCIUS SOARES RIBEIRO

**PROTOCOLOS CLINICOS PARA FARMACÊUTICOS: GUIA PARA
A TOMADA DE DECISÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Graduação em Farmácia, do Centro
de Ciências da Saúde, da Universidade
Federal da Paraíba, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profa. Dra. Walleri Christini Torelli Reis

JOÃO PESSOA - PB

JUNHO – 2021

VINÍCIUS SOARES RIBEIRO

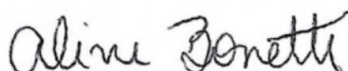
PROTOCOLOS CLINICOS PARA FARMACÊUTICOS: GUIA PARA A TOMADA DE DECISÃO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Graduação em Farmácia, do Centro
de Ciências da Saúde, da Universidade
Federal da Paraíba, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Bacharel em Farmácia.

Aprovado em: 07 de Julho de 2021.



Profa Dr^a Thais Teles de Souza – Membro da banca



Profa Msc Aline de Fátima Bonetti – Membro da banca



Profa. Dra. Walleri Reis

Orientadora

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

R484p Ribeiro, Vinicius Soares.

Protocolos clínicos para farmacêuticos : guia para a tomada de decisão / Vinicius Soares Ribeiro. - João Pessoa, 2021.

53 f. : il.

Orientação: Walleri Christini Torelli Reis.

TCC (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Cuidado Farmacêutico. 2. Doenças Crônicas não Transmissíveis. 3. Protocolos Clínicos. I. Reis, Walleri Christini Torelli. II. Título.

UFPB/CCS

CDU 615.03

Ai daqueles que pararem com sua capacidade de sonhar, de invejar sua coragem de anunciar e denunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e o agora, se atrelarem a um passado de exploração e de rotina.

Paulo Freire

Oração de São Francisco

Onde houver ódio, que eu leve o amor;

Onde houver ofensa, que eu leve o perdão;

Onde houver discórdia, que eu leve a união;

Onde houver dúvida, que eu leve a fé;

Onde houver erro, que eu leve a verdade;

Onde houver desespero, que eu leve a esperança;

Onde houver tristeza, que eu leve alegria;

Onde houver trevas, que eu leve a luz.

Ó mestre, fazei que eu procure mais consolar que ser consolado;

compreender, que ser compreendido;

amar, que ser amado.

Pois é dando que se recebe,

é perdoando que se é perdoado,

e é morrendo que se vive

para a Vida Eterna.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, imensamente, que nunca mediu esforços para que eu pudesse ter acesso à educação. Aos meus irmãos Vitor e Rayssa, que me motivam a ser melhor. À minha tia Nina, pelo carinho, aconchego e ensinamentos diários. E à toda a minha família, pelo apoio constante.

À Universidade Federal da Paraíba, por ser minha casa durante todos esses anos e por proporcionar espaços de debates para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Às farmacêuticas da Farmácia Escola da UFPB, Auri, Mazé Socorro, Thamara e Camila, pela troca de conhecimentos diários, pela paciência e pelo olhar cuidadoso.

Aos professores do Departamento de Ciências Farmacêuticas, pela mediação do conhecimento ao longo desses anos e pela tentativa constante de melhorar a experiência do discente.

A toda a equipe do Cuidado Farmacêutico UFPB, por oferecer um ambiente de apoio em todos os momentos, e pelos diversos aprendizados compartilhados. Especialmente a Luan, Cleyton, Herlany, Camila, Thaynan, Renatha Radimila, Carlos Eduardo e Jadon.

À equipe da Liga Acadêmica de Farmácia Clínica da UFPB, por todo o empenho na difusão e sedimentação da Farmácia Clínica na Paraíba, especialmente nas pessoas de José e Bruno Vinícius.

À Professora Dr^a Thais Teles, “Ninda”, a quem eu posso chamar de amiga e referência, por toda a atenção e amor ao ensinar, e por me servir enquanto modelo de profissional.

À minha *orientadora, mestre, referência, sensei, inspiração*, Professora Dr^a Walleri Reis, pelo apoio em todos os momentos difíceis, por provocar nas pessoas as necessárias inquietações com o mundo, e por ter me dado algo que ninguém nunca poderá tirar: a capacidade de acreditar em mim.

Ao meu companheiro, Vitor Hugo, com quem tenho o prazer e a honra de dividir a vida, por me ensinar todos os dias a ser paciente, objetivo, caridoso e

humano, e por me instigar a olhar para a vida com entusiasmo, já que “amar e mudar as coisas nos interessam mais” (Belchior).

Ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva, por instituir políticas sociais na educação, que me permitiram sair da zona rural do estado, no interior da Paraíba, para, por meio da Política Nacional da Assistência Estudantil (PNAES), ser o primeiro de minha família a alcançar o mérito da graduação em uma das melhores universidades do Nordeste, modificando as estatísticas.

RESUMO

Observa-se atualmente uma expressiva transição demográfica na sociedade, com o aumento exponencial da expectativa de vida e consequentemente a maior prevalência de doenças crônicas e uso contínuo de medicamentos. Isso reflete em uma sobrecarga dos sistemas de saúde e uma demanda social da inserção dos profissionais de saúde no processo de cuidado, com uma prática clínica baseada em evidências. Dessa forma, o profissional farmacêutico, visto sua perícia em farmacoterapia e suas habilidades clínicas, têm potencial para melhorar desfechos e desafogar serviços em saúde. Logo, o objetivo do presente trabalho foi a elaboração de protocolos clínicos para o manejo de doenças crônicas pelo farmacêutico. Para isso foi realizado uma revisão de literatura para identificação das doenças mais prevalentes na atenção primária. Após a definição das doenças, realizou-se uma revisão integrativa em duas etapas: investigação dos protocolos e diretrizes terapêuticas vigentes no Brasil para a comorbidade em questão e a pesquisa das recomendações para o seu manejo a nível mundial. Todas as informações coletadas foram organizadas em guia contendo sete protocolos clínicos, divididos em dois eixos: Doenças cardiovasculares e metabólicas (Hipertensão Arterial, Diabetes Melito, Dislipidemias e Cessação tabágica) e Transtornos mentais (Depressão, Ansiedade e Transtorno Afetivo Bipolar). Cada protocolo foi organizado em catorze sessões. A elaboração do presente guia pretende orientar a prática clínica do ambulatório de cuidado farmacêutico da UFPB e melhorar a qualidade assistencial nele prestada, podendo ser expandida a outros serviços de saúde do país e do mundo.

Palavras-chave: Cuidado Farmacêutico. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Protocolos Clínicos.

ABSTRACT

There is currently a significant demographic transition in society, with an exponential increase in life expectancy and, consequently, a higher prevalence of chronic diseases and continuous use of medications. This reflects an overload on health systems and a social demand for the inclusion of health professionals in the care process, with evidence-based clinical practice. Thus, the pharmacist, given their expertise in pharmacotherapy and their clinical skills, has the potential to improve outcomes and relieve health services. Therefore, the objective of the present work was the elaboration of clinical protocols for the management of chronic diseases by the pharmacist. For this, a literature review was carried out to identify the most prevalent diseases in primary care. After defining the diseases, an integrative review was carried out in two stages: investigation of the therapeutic protocols and guidelines in force in Brazil for the comorbidity in question and the search for recommendations for its management worldwide. All information collected was organized in a guide containing seven clinical protocols, divided into two axes: Cardiovascular and metabolic diseases (Hypertension, Diabetes Mellitus, Dyslipidemia, and Smoking Cessation) and Mental Disorders (Depression, Anxiety, and Bipolar Affective Disorder). Each protocol was organized into fourteen sessions. The preparation of this guide aims to guide the clinical practice of the pharmaceutical care clinic at UFPB and improve the quality of care provided therein, which can be expanded to other health services in the country and the world.

Keywords: Pharmaceutical Care. Chronic Non-Communicable Diseases. Clinical Protocols.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Método clínico de cuidado farmacêutico

Figura 02: Proposta de nova pirâmide de medicina baseada em evidências

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Serviços clínicos providos por farmacêuticos destinados ao paciente, à família e à comunidade.

Quadro 02: Nível de evidência científica por tipo de estudo

Quadro 03: Resultados da busca sistemática no *Medline* sobre Hipertensão Arterial

Quadro 04: Resultados de busca sistemática no *Medline* sobre Diabetes Melito

Quadro 05: Resultados de busca sistemática no *Medline* sobre Dislipidemias

Quadro 06: Resultados de busca sistemática no *Medline* sobre Cessação Tabágica

Quadro 07: Resultados de busca sistemática no *Medline* sobre Depressão

Quadro 08: Resultados de busca sistemática no *Medline* sobre Ansiedade

Quadro 09: Resultados de busca sistemática no *Medline* sobre Transtorno Afetivo Bipolar.

Quadro 10: Informações sobre o guia de protocolos clínicos

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA
CFF - Conselho Federal de Farmácia
CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DAC - Doença Arterial Coronariana
DCNT's - Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM2 - Diabetes Melito 2
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ECR - Ensaios Clínicos Randomizados
EF - Exames Físicos
FC - Frequência Cardíaca
HC - História Clínica
HDA - Histórico da Doença Atual
HF - História Familiar
HS - História Social
ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRSN - Inibidores da Recaptação da Serotonina-Norepinefrina
ISRS - Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
MEV's - Mudanças de Estilo de Vida
NLM - Biblioteca Nacional de Medicina
PNAES - Política Nacional da Assistência Estudantil
PNS - Pesquisa Nacional de Saúde
POMR - Problem-Oriented Medical Record
PSAL - Problemas de Saúde Autolimitados
PWDT - Pharmacist Workup of Drug Therapy
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS - Sistema Único de Saúde
TAB - Transtorno Afetivo Bipolar
TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada
TRN - Terapia de Reposição de Nicotina
TUS - Transtorno por Uso de Substância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Doenças Crônicas não Transmissíveis, multimorbidades e polifarmácia	18
3.2 Farmácia Clínica e o modelo de prática do Cuidado Farmacêutico....	19
3.3 Impacto do Cuidado Farmacêutico em doenças crônicas.....	25
3.4 Saúde Baseada em Evidências.....	26
3.5 Diretrizes de prática clínica para farmacêuticos	31
4. METODOLOGIA.....	32
4.1 Comorbidades protocoladas: as bases de dados selecionadas para a revisão da literatura	32
4.2 Método de busca de evidências	32
4.2.1 Hipertensão Arterial.....	32
4.2.2 Diabetes Melito	33
4.2.3 Dislipidemias	33
4.2.4 Cessação do tabagismo.....	33
4.2.5 Depressão	33
4.2.6 Ansiedade	34
4.2.7 Transtorno Afetivo Bipolar.....	34
4.3 Análise crítica dos dados.....	34
4.4 Validação dos dados	34
5. RESULTADOS	36
5.1 Revisão de literatura sobre a prevalência de DCNT's na atenção primária.....	36
5.2 Dados da busca sistemática das evidências científicas sobre as práticas clínicas nas comorbidades selecionadas	36
5.3 Elaboração estrutural do protocolo	42
5.3.1 Conhecendo o problema.....	42
5.3.2 Definição	42

5.3.3	Epidemiologia	42
5.3.4	Patogênese	43
5.3.5	Características clínicas	43
5.3.6	Critérios de diagnósticos e classificação	43
5.3.7	Rastreamento.....	43
5.3.8	Anamnese específica	43
5.3.9	Tratamento Farmacológico	44
5.3.10	Curso da doença.....	44
5.3.11	Objetivos e metas	44
5.3.12	Plano de Cuidado Farmacêutico.....	44
5.3.13	Alertas para o encaminhamento.....	45
5.3.14	Diretrizes e sociedades	45
5.4	Produto.....	45
6.	DISCUSSÃO	47
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
	REFERÊNCIAS	51

1. INTRODUÇÃO

Fenômenos sociais, como estilo de vida sedentário, tabagismo, consumo excessivo de álcool e alimentação não balanceada, e os determinantes por eles causados (SCHMIDT et al., 2011), tornam nítida a intensa pressão a que os sistemas de saúde têm sido submetidos no mundo (SÁNCHEZ-SERRANO, 2014). Quando se realiza o recorte para o crescente número de idosos na população, observa-se a prevalência de um panorama epidemiológico que atinge um percentual de pessoas convivendo com múltiplas doenças crônicas, caracterizando-se como multimorbididades (MALTA et al., 2017), e realizando o uso contínuo de diversos medicamentos. Essa realidade exige dos sistemas de saúde novas estratégias para enfrentar tais problemas (BARNETT et al., 2012).

Em contraponto, temos o profissional farmacêutico, que possui sua prática clínica regulamentada segundo a resolução 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF) (BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2013), mas que, na prática, poucas estratégias são traçadas para implementar e institucionalizar a sua atuação clínica nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária. Isso representa um mal aproveitamento de recursos estruturais, humanos e financeiros, visto que a Farmácia Comunitária é um estabelecimento de saúde reconhecido por Lei (BRASIL, 2014).

A perspectiva dos serviços clínicos providos por farmacêuticos é particularmente interessante quando se atenta para o envelhecimento populacional e para a mudança do perfil saúde-doença vigente, que antes era centrado nas doenças agudas, e hoje se direciona para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), onde sua gestão e acompanhamento são considerados a grande “caixa de pandora” da sociedade moderna (MALTA et al., 2017; MERCER et al., 2009).

Muitos estudos demonstram resultados positivos dos serviços clínicos providos por farmacêuticos na melhoria da efetividade, segurança e adesão ao tratamento, com impacto importante em desfechos clínicos, econômicos e humanísticos. Porém, esses serviços apresentam carência de padronização de procedimentos e de instrumentos de avaliação de desfechos. Esta carência pode ser responsável pela ineficiência na detecção, prevenção e resolução dos problemas apresentados pelos pacientes e pela dificuldade na identificação de

falhas no processo de uso de medicamentos e na mensuração dos desfechos em saúde (ALTOWAIJRI; PHILLIPS; FITZSIMMONS, 2013; MOHAMMED; MOLES; CHEN, 2016; SIAW et al., 2017; SOLER; BARRETO, 2019; TOMMELEIN et al., 2014).

Embora exista a urgência para a disseminação da atuação clínica do farmacêutico no Brasil, são necessários cautela e discernimento, para que o trajeto metodológico dessas ações esteja alinhado com as práticas profissionais de outras áreas da saúde e com o *modus operandi* dos sistemas de saúde. Nesse sentido, surge a prática clínica baseada em evidências (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003).

Quando se padroniza as ações a serem desenvolvidas dentro de um campo de prática e quando essas informações são organizadas, tem-se como resultado a melhora da qualidade do atendimento ao paciente, incentivando intervenções com benefício comprovado, desincentivando o uso irracional de medicamentos, reduzindo a disparidade de condutas, podendo influenciar diretamente no desenvolvimento e implementação de políticas públicas (AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY, 2014). Resultados da literatura afirmam que uma das principais barreiras para que farmacêuticos exerçam suas atribuições clínicas está na reforma educacional necessária para desenvolver no profissional habilidades, conhecimentos e competências que lhes permitam exercer atribuições clínicas (FREITAS et al., 2016). Tal realidade evidencia a necessidade da elaboração de materiais didáticos, protocolos, diretrizes e capacitações com esse objetivo.

Nesse sentido, a presente pesquisa nasceu com a perspectiva de traçar estratégias que visem institucionalizar a prática clínica na farmácia comunitária, através da coleta sistemática de evidências clínicas e sua organização conforme as etapas do método clínico do Cuidado Farmacêutico, e, como produto, elaborar um guia de protocolos clínicos para auxiliar na tomada de decisão farmacêutica no manejo de DCNT's.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Desenvolver um Guia de Protocolos Clínicos para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), a fim de auxiliar na tomada de decisão do farmacêutico no ambiente da Farmácia Comunitária.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão da literatura acerca das DCNTs mais prevalentes na atenção primária à saúde;
- Identificar intervenções ainda não adotadas pela prática clínica farmacêutica, através de sistematização das evidências clínicas mais atuais de cada comorbidade, disponíveis nas diretrizes nacionais e internacionais.
- Comparar criticamente as recomendações clínicas estabelecidas a níveis mundiais, com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos em nível nacional pelo Ministério da Saúde e por Sociedades Médicas;
- Documentar as informações coletadas, gerando protocolos fundamentados no método clínico de Cuidado Farmacêutico;
- Revisar, por meio de comissão técnica, os protocolos gerados a partir da sistematização e da documentação das evidências clínicas encontradas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doenças Crônicas não Transmissíveis, multimorbidades e polifarmácia

Diversas doenças ocorrem gradualmente, mas progridem de forma insidiosas. Elas são entendidas enquanto doenças crônicas e podem ser classificadas em transmissíveis e não transmissíveis. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's), como doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, mentais, endócrinas e oncológicas, são responsáveis por cerca de 38 milhões de mortes anuais. Dessas, 16 milhões acometem indivíduos abaixo dos 70 anos de idade (MALTA et al., 2017). Nesse processo, são identificados quatro principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT's na atualidade: Tabagismo; Sedentarismo; Uso de álcool e Dietas não saudáveis (SCHMIDT et al., 2011).

O aumento exponencial da expectativa de vida da população se refletiu numa maior incidência de doenças crônicas e, conseqüentemente, no aumento do uso contínuo de medicamentos. Estima-se que 25% dos adultos da população global têm pelo menos duas doenças crônicas, e mais de 50% dos idosos têm três ou mais doenças crônicas. No Brasil, em 2013, 72% das causas de mortes ocorreram devido às DCNT's. Dados da Pesquisa Nacional em Saúde mostram que, nos últimos anos, cerca de 54 milhões de brasileiros relataram pelo menos uma DCNT (MENEZES; LOPES; NOGUEIRA, 2016). Essa transição demográfica e epidemiológica repentina fez a população conviver com múltiplas comorbidades, que, por sua vez, atribui grandes necessidades aos sistemas de saúde (EASLEY, 2006; MERCER et al., 2009).

O conceito das DCNT's relaciona-se intimamente com as multimorbidades, que referem-se à recorrência de duas ou mais condições crônicas que coexistam em um mesmo contexto (VOS et al., 2015). Dessa maneira, como a prevalência de muitas doenças aumentam ao longo da idade, a multimorbidade é cada vez mais comum ao longo da vida. Além desse fator, níveis socioeconômicos mais baixos também estão relacionados a uma maior prevalência das multimorbidades. Como resultado dessa conjuntura, o maior número de comorbidades relaciona-se

diretamente com um maior número de hospitalizações e, conseqüentemente, com a necessidade de maiores gastos no sistema de saúde em geral (BARNETT et al., 2012).

Com o aumento das DCNT's, a população passou a estar cada vez mais medicalizada e a fazer uso contínuo desse recurso. Neste contexto, entra em cena o conceito de polifarmácia, que se caracteriza pelo uso de vários medicamentos. O número específico de medicamentos para definir polifarmácia é variável, mas geralmente varia de 5 a 10 medicamentos, sejam eles prescritos ou por automedicação, bem como ervas e suplementos adotados a critério do próprio paciente (FERNER; ARONSON, 2006).

Esse fenômeno tem apresentado forte recorrência na prática clínica, principalmente a pacientes acima de 65 anos. A associação inadequada de medicamentos é um grave problema de saúde pública e acarreta diversos ônus para os sistemas de saúde, visto que a utilização de medicamentos desnecessários implica na não adesão à terapia farmacológica e em hospitalizações. Estudos estimam que 30% das consultas em serviços de emergência ocorrem devido a problemas relacionados a medicamentos (DO NASCIMENTO et al., 2017).

Segundo o Componente de Serviços da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos de 2015, constatou-se a prevalência de polifarmácia entre os usuários de medicamentos de 9,4% e, na população geral, de 18,1%. (ÁLVARES et al., 2017). Diante disso, tem-se a necessidade de novos entendimentos sobre quando e como surgem essas doenças e qual o melhor tipo de intervenção a ser realizada. Os avanços em saúde permitem que essas intervenções possam ser empregadas cada vez mais cedo e de maneira mais eficaz e, com isso, possam reduzir os danos ao paciente e a prevalência geral das DCNT's na população (BARONDESS, 2014).

3.2 Farmácia Clínica e o modelo de prática do Cuidado Farmacêutico

Na década de 60, nos Estados Unidos, desenvolveu-se a farmácia clínica, com a finalidade de nomear práticas farmacêuticas em ambiente hospitalar. Com isso, iniciou-se um período de transição para o farmacêutico, que, antes dedicado apenas aos aspectos técnicos relacionados aos medicamentos, passou a explorar

seu potencial clínico, direcionando a sua prática profissional para o desenvolvimento de habilidades clínicas, através do conhecimento da farmacoterapia e da busca pela prevenção e resolução dos danos ocasionados por medicamentos, em parceria com a equipe multiprofissional de saúde (CORRER; OTUKI, 2013; HEPLER; STRAND, 1990; PEREIRA; FREITAS, 2008).

Atualmente, de forma mais abrangente, refere-se à farmácia clínica como a área da farmácia voltada à ciência e a prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem estar, e prevenir doenças” (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016). O posicionamento do Conselho Federal de Farmácia ao estabelecer esse conceito é extremamente importante, pois amplia a ideia inicial de um “conjunto de atividades de um grupo profissional” para uma área de atuação profissional que permite a aplicação dessa definição em outras esferas do cuidado, abrindo a possibilidade de desenvolvimento de novos conhecimentos. Não obstante, a farmácia clínica também orienta a prática profissional por meio de modelos de prática, como o Cuidado Farmacêutico (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

No final da década de 90, Hepler & Strand se apropriaram do termo *Pharmaceutical Care*, que vinha sendo utilizado há cerca de 10 anos para suprir a necessidade de conceituação das atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico em ambiente ambulatorial e que visava obter melhorias nos desfechos de saúde em geral, além de atribuir responsabilidade profissional no cuidado ao paciente. Tais pesquisadores conceituaram o termo como “A provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de obter resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente” (HEPLER; STRAND, 1990).

Segundo a filosofia do *Pharmaceutical Care*, a atuação do farmacêutico parte de uma demanda social onde o enfoque é centrado no paciente, e todas as intervenções devem ser desenvolvidas através de uma relação de parceria com ele. A premissa inicial nessa prática é a responsabilidade essencial do farmacêutico em garantir que toda terapia medicamentosa do paciente esteja apropriada para tratar seus problemas de saúde, que os medicamentos que o ele utiliza sejam os mais efetivos disponíveis e apresentem maior perfil de segurança e que o paciente

esteja disposto e seja capaz de utilizá-lo como recomendado (CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, 2004).

No Brasil, o termo “atenção farmacêutica” tem sido utilizado como tradução do internacionalmente reconhecido *Pharmaceutical Care*, cuja tradução e linguística tem gerado discordância entre alguns autores. O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica define esse termo como (IVAMA, ADRIANA MITSUE ET., 2002):

Modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA et al., 2002, p. 16).

Diante desse conflitos, o termo cuidado farmacêutico tem sido adotado como (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016):

Modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente direcionados ao paciente, à família e à comunidade, visando a prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e a recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde (CFF, 2016, p. 55).

Com as publicações das resoluções 585 e 586 pelo Conselho Federal de Farmácia em 2013, os serviços clínicos ou cognitivos do farmacêutico passaram a ser regulamentados e estimulados. Essas normas trouxeram à tona a importância da mudança no perfil do profissional, com estímulo ao desenvolvimento do Cuidado Farmacêutico voltado à melhora de condições clínicas e da qualidade de vida de seus pacientes (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

Os serviços clínicos providos por farmacêuticos aplicam habilidades, conhecimentos e atitudes clínicas a fim de melhorar desfechos clínicos relacionados a medicamentos e ao seu processo de uso (CORRER; OTUKI, 2013). De acordo com o documento intitulado “Serviços farmacêuticos diretamente

destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual”, o Conselho Federal de Farmácia garante a existência de nove tipos de serviços, conforme descritos no quadro 1:

Quadro 01: Serviços clínicos providos por farmacêuticos destinados ao paciente, à família e à comunidade.

Tipo de serviço	Conceito
Rastreamento em saúde	Serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento.
Educação em saúde	Serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos. Tem como objetivo a autonomia dos pacientes e o comprometimento de todos (pacientes, profissionais, gestores e cuidadores) com a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, e melhoria da qualidade de vida. Envolve, ainda, ações de mobilização da comunidade com o compromisso pela cidadania.
Dispensação	Serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde, ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados.
Manejo de problema de saúde autolimitado	Serviço pelo qual o farmacêutico acolhe uma demanda relativa a problema de saúde autolimitado, identifica a necessidade de saúde, prescreve e orienta quanto a medidas não farmacológicas, medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica e, quando necessário, encaminha o paciente a outro profissional ou serviço de saúde.
Monitorização terapêutica de medicamentos	Serviço que compreende a mensuração e a interpretação dos níveis séricos de fármacos, com o objetivo de determinar as doses individualizadas necessárias para a obtenção de concentrações plasmáticas efetivas e seguras.
Conciliação de medicamentos	Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais.

Revisão da farmacoterapia	Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos.
Gestão da condição da saúde	Serviço pelo qual se realiza o gerenciamento de determinada condição de saúde, já estabelecida, ou de fator de risco, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, reduzir riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.
Acompanhamento Farmacoterapêutico	Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde.

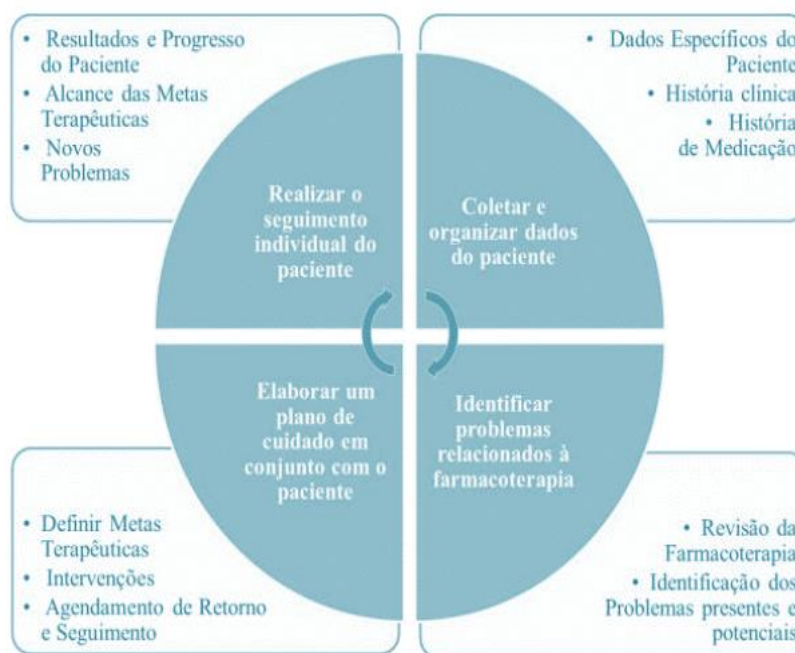
Fonte: CCF, 2016. (Adaptado pelo autor).

O processo do Cuidado Farmacêutico obedece a uma sequência de passos denominados como método clínico. Como todos os profissionais de saúde, os farmacêuticos devem ter uma perspectiva holística do paciente, seu momento entre os ciclos de vida e prover cuidados em saúde adequados às suas necessidades (CORRER; OTUKI, 2013).

A sua filosofia advém do método POMR (*problem-oriented medical record*) aprimorado por Weed na década de 1960, que posteriormente inspirou Strand, Morley e Cipolle a desenvolverem o PWDT - (*Pharmacist Workup of Drug Therapy*), um algoritmo de raciocínio clínico com um sistema de documentação para a prática farmacêutica. Esse processo serviu de base para as diversas escolas dedicadas a pesquisas das práticas clínicas do farmacêutico ao redor do mundo (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004; CORRER; OTUKI, 2013; LAWRENCE; WEED, 1968).

O método clínico de cuidado farmacêutico é dividido em quatro etapas, conforme apresentado na figura 01:

Figura 01: Método clínico de cuidado farmacêutico



Fonte: Reproduzido de CORRER & OTUKI, 2013.

Em síntese, esses serviços clínicos são providos pelo farmacêutico, utilizando o método clínico do cuidado farmacêutico, através de uma entrevista clínica conceituada como consulta farmacêutica. A consulta farmacêutica pode ser entendida como um episódio de contato entre o farmacêutico e o paciente, com a finalidade de obter os melhores resultados com a farmacoterapia, promover o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde. Objetiva, ainda, a promoção, proteção e recuperação da saúde, a prevenção de doenças e de outras condições, por meio da execução de serviços e de procedimentos farmacêuticos (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016). Portanto, nesse episódio de contato podem ser oferecidos diversos serviços clínicos, como manejo de problemas de saúde autolimitados, conciliação medicamentosa, monitorização terapêutica de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, gestão de condição de saúde além de rastreamento e educação em saúde.

3.3 Impacto do Cuidado Farmacêutico em doenças crônicas

Especialmente no contexto de doenças crônicas, o desenvolvimento de habilidades clínicas relacionadas a medicamentos pode melhorar os resultados em saúde dos pacientes. Um ensaio clínico randomizado realizado em Singapura com pacientes portadores de Diabetes Melito tipo II, que comparou o cuidado provido de maneira convencional e a assistência direta do farmacêutico no processo de cuidado e na equipe multiprofissional de saúde, observou a redução média de Hemoglobina glicada (HbA1c) de 0,8% em relação ao grupo controle, além de uma redução na carga de trabalho médica e redução de custos em saúde de US \$ 91,01 dólares por paciente (SIAW et al., 2017), o que, no Brasil, equivale a aproximadamente R\$ 449,00. Outro ensaio clínico randomizado que avaliou a eficácia da assistência farmacêutica em 692 pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), revelou um aumento na adesão terapêutica e uma diminuição significativa nas taxas de hospitalizações do grupo intervenção (TOMMELEIN et al., 2014). Já no âmbito da Saúde Mental, uma revisão sistemática constatou um impacto benéfico significativo nas equipes de saúde mental que incluíam serviços farmacêuticos (SOLER; BARRETO, 2019).

Uma revisão sistemática que avaliou a eficácia clínica e econômica de intervenções do farmacêutico clínico para a prevenção secundária de doenças cardiovasculares constatou que, em 68% dos 59 estudos avaliados, os serviços clínicos providos por farmacêuticos foram associados em uma melhora nos resultados em saúde dos pacientes, em comparação com o grupo controle (ALTOWAIJRI; PHILLIPS; FITZSIMMONS, 2013). Em outra revisão sistemática que avaliou o impacto das intervenções farmacêuticas nos resultados da qualidade de vida relacionadas a saúde e que incluiu 31 estudos randomizados controlados, foi constatado o aumento da qualidade de vida em saúde em pelo menos um grau em 66,7% dos pacientes, e 27,1 em três ou mais graus (MOHAMMED; MOLES; CHEN, 2016).

Ademais, uma revisão sistemática com meta-análise que avaliou os serviços farmacêuticos em lares de idosos (uma população onde as doenças crônicas são altamente prevalentes) e incluiu 52 estudos com 30.376 residentes, observou uma redução no número de quedas, e resultados relativamente favoráveis para a

mortalidade e hospitalizações. Outro estudo, que objetivou analisar o impacto das intervenções farmacêuticas na redução do risco de polifarmácia em idosos, concluiu que essa prática pode melhorar os resultados clínicos, epidemiológicos, humanísticos e econômicos e reduzir potencialmente os riscos associados à polifarmácia na população idosa (SOLER; BARRETO, 2019).

Embora seja observado um crescimento considerável dos estudos que avaliem os impactos dos serviços farmacêuticos nos desfechos em saúde, também é percebido uma dificuldade de compilação desses dados, devido ao grande número de nomenclaturas e parâmetros utilizados, sendo encontradas diversas dificuldades para gerar resultados palpáveis acerca do tema, embora a grande maioria dos estudos apresente resultados positivos relacionados a esses serviços.

3.4 Saúde Baseada em Evidências

Com o intenso fluxo de publicação de artigos sobre as mais variadas áreas da saúde, gera-se uma nuvem de informação dispersa. Porém, para que se possa gerar resultados mais robustos sobre determinado tema, o ideal é que as informações a seu respeito sejam categorizadas. E, para que isso aconteça, surge-se a necessidade de estratégias que visem sintetizar as informações relevantes para os campos de conhecimento. Junto a isso, vem a necessidade da atualização da diretrizes de práticas clínicas, conforme os novos achados nas pesquisas científicas, utilizando-se dados epidemiológicos com rigor metodológico (EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP, 1992).

A Saúde Baseada em Evidências (SBE) é definida como a junção entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. Dessa forma, a SBE se respalda de provas científicas disponíveis com boa validade metodológica para moldar a prática clínica (EL DIB, 2007). As evidências científicas estão atreladas a quatro conceitos chaves: efetividade, eficiência, eficácia e segurança. A efetividade é a capacidade de um determinada intervenção possuir um efeito; eficiência relaciona o efeito com o esforço, para verificar se determinada intervenção está empregada da forma mais facilitada possível; eficácia relacionada o efeito produzido por determinada intervenção com o objetivo para o qual ele é empregado; e segurança determina se uma estipulada intervenção possui características confiáveis, que tornam viáveis

suas aplicações sem nenhum efeito indesejável para o paciente (EL DIB; ATALLAH, 2006).

Existem diversas metodologias para os estudos epidemiológicos, que podem ser aplicadas para os mais diversos fins relacionados à obtenção de resultados em saúde. Os estudos epidemiológicos, denominados “primários”, podem ser classificados em observacionais e experimentais. Os observacionais podem ser: descritivos (que visam determinar a distribuição de uma doença ou condições relacionadas à saúde segundo tempo e lugar e/ou as características dos indivíduos, como o relato de caso e a série de casos), e analíticos (que visam examinar a existência uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde, como estudos ecológicos, transversais, caso-controle e coorte) (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Em contrapartida, nos estudos experimentais, objetiva-se avaliar o efeito de uma intervenção. Estes podem ser divididos em: Ensaio Clínico Randomizado (os participantes do estudo são distribuídos aleatoriamente, onde um grupo recebe a intervenção e o outro grupo o placebo ou outro comparador); Ensaio de campo e Ensaio comunitário.

Para além disso, existem os estudos denominados “secundários”, que utilizam dados de estudos já publicados para selecionar as melhores evidências, estabelecendo conclusões através de uma coleta sistemática dos dados encontrados. São estes: revisões sistemáticas, meta-análises, avaliações econômicas e guias de prática clínica (OSCAR CAMPANA, 1999).

As evidências científicas são organizadas em níveis correspondentes à natureza e ao delineamento do estudo. A classificação da *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* é a mais comumente empregada e categoriza os níveis de evidências, conforme o Quadro 02):

Quadro 02: Nível de evidência científica por tipo de estudo

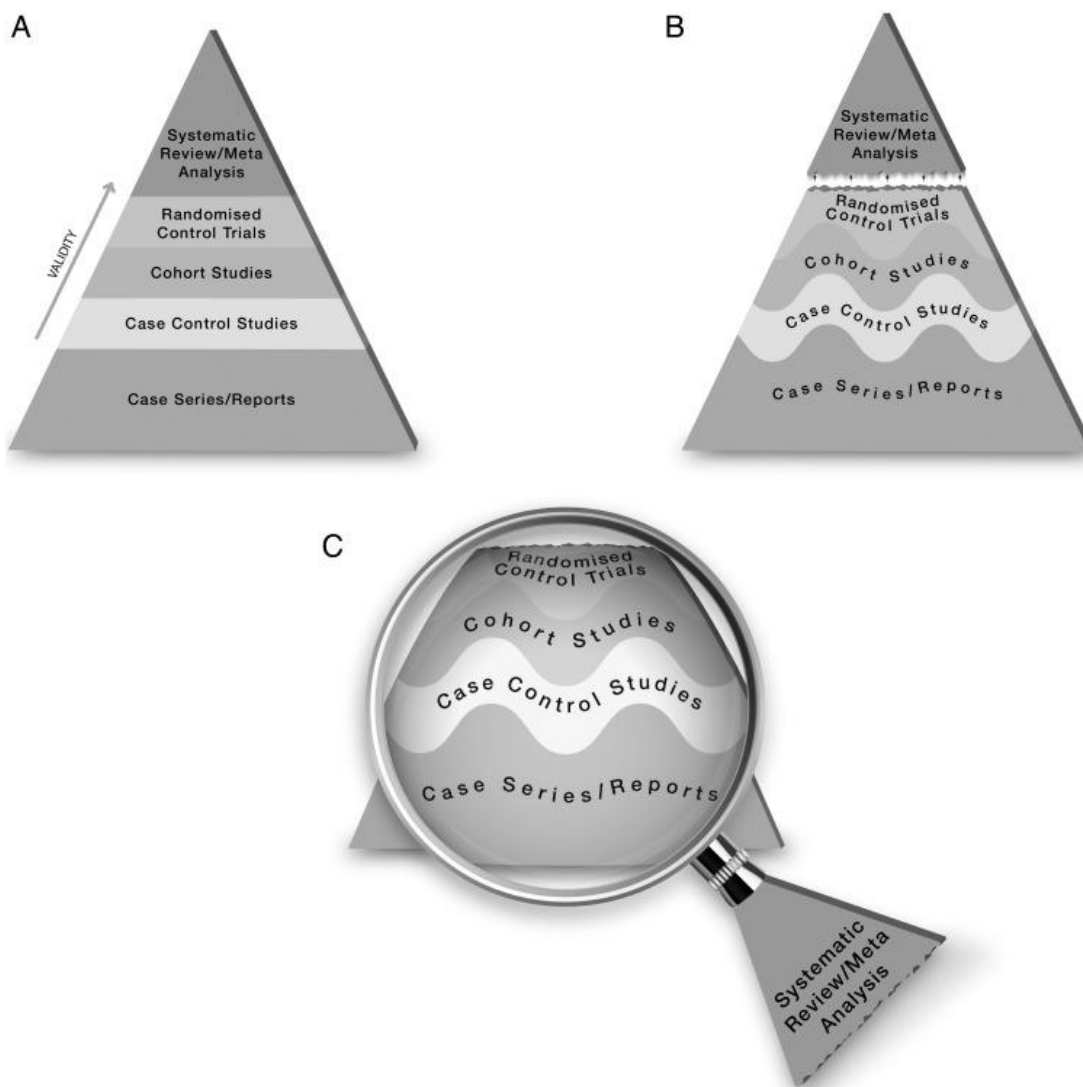
Grau de recomendação	Nível de evidência	Tratamento – Prevenção – Etiológica	Prognóstico	Diagnóstico	Diagnóstico Diferencial/ Prevalência de Sintomas
A	1A	Revisão sistemática de ensaios clínicos controlados randomizados	Revisão Sistemática de Coortes desde início da doença. Critério Prognóstico validado em diversas populações.	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos nível 1. Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos.	Revisão sistemática de estudos de coorte (contemporânea ou prospectiva)
	1B	Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito	Coorte desde o início da doença, com perda < 20%. Critério prognóstico validado em uma única população.	Coorte validada, com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico.	Estudo de coorte com poucas perdas
	1C	Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”	Série de casos do tipo “tudo ou nada”	Sensibilidade e especificidade próximas de 100%	Série de casos do tipo “tudo ou nada”
B	2A	Revisão Sistemática de Estudos de Coorte	Revisão Sistemática de coortes históricas (retrospectivas) ou de seguimento de casos não tratados de grupo controle de ensaio clínico randomizado	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >2	Revisão Sistemática de estudos sobre diagnóstico diferencial de nível >2
	2B	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de menor qualidade)	Estudo de coorte histórica, seguimento de pacientes não tratados de grupo de controle de ensaio clínico randomizado. Critério Prognóstico derivado ou validado somente de amostras fragmentadas.	Coorte exploratória com bom padrão de referência. Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados	Estudo de coorte histórica ou com seguimento de casos comprometido (número grande de perdas)
	2C	Observação de resultados terapêuticos (<i>outcomes research</i>). Estudo Ecológico.	Observação de Evoluções Clínicas (<i>outcomes research</i>)	--	Estudo Ecológico
	3ª	Revisão Sistemática de Estudos Caso-Control	--	Revisão Sistemática de estudos diagnósticos de nível >3B	Revisão Sistemática de estudos de nível >3B

	3B	Estudo Caso-Controlle	--	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente	Coorte com seleção não consecutiva de casos, ou população de estudo muito limitada
C	4	Relato de Casos (incluindo coorte ou caso-controlle de menor qualidade)	Série de casos (e coorte prognostica de menor qualidade)	Estudo de caso-controlle ou padrão de referência pobre ou não independente	Série de casos, ou padrão de referência superado
D	5	Opinião de especialistas desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)			

Fonte: Adaptado de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2016).

Outra maneira de classificação das evidências científicas se dá pela hierarquização da evidência, com a representação visual de uma pirâmide de evidências. Várias versões de pirâmides foram elaboradas ao longo dos anos, de uma forma intuitiva limitada, que não contemplava as amplas possibilidades, todas se atentando a mostrar os estudos metodologicamente mais fracos na base da pirâmide, seguidos por estudos de caso-controle e coorte no meio, ensaios clínicos randomizados (ECR) logo acima e, no topo, revisões sistemáticas e meta-análises. Em 2016, Muran e colaboradores propuseram uma reformulação onde determinados estudos científicos podem transitar entre níveis de evidências em situações específicas (Figura 02).

Figura 02: Proposta de nova pirâmide de medicina baseada em evidências



Legenda: (A) A pirâmide tradicional. (B) Revisão da pirâmide: (1) as linhas que separam os desenhos do estudo tornam-se onduladas (Classificação da Avaliação, Desenvolvimento e Avaliação das Recomendações), (2) as revisões sistemáticas são "cortadas" da pirâmide. (C) A pirâmide revisada: revisões sistemáticas são uma lente através da qual as evidências são vistas (aplicadas).

Fonte: Reproduzido de Murad e colaboradores, 2016.

Tal modelo é justificado devido a certas limitações metodológicas de um estudo, imprecisão, inconsistência direta e indireta. Esses fatores podem existir independentemente do desenho do estudo e podem afetar a qualidade das evidências derivadas obtidas (MURAD et al., 2016).

3.5 Diretrizes de prática clínica para farmacêuticos

Diversas evidências têm demonstrado que Diretrizes e Protocolos de Prática Clínica apresentam benefícios na melhora do processo e da estrutura de cuidado em saúde. Elas se caracterizam como documentos desenvolvidos sistematicamente e pretendem ajudar profissionais de saúde na tomada de decisões sobre cuidados em saúde apropriados a contextos específicos, baseando-se em evidências científicas (MURAD, 2017). Práticas padronizadas tem como resultado a melhora da qualidade do atendimento ao paciente, incentivando intervenções com benefício comprovado, desincentivando o uso irracional de medicamentos, reduzindo a disparidade de condutas, podendo diretamente influenciar políticas públicas (AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY, 2014).

No contexto da prática farmacêutica no Brasil, a elaboração de protocolos e diretrizes clínicas é particularmente interessante, pois o farmacêutico tem suas atribuições clínicas e o ato de prescrição regulamentados pelas resoluções 585/2013 e 586/2013 do CFF. Entretanto, existem poucas políticas de saúde que visam institucionalizar essa prática no Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando uma má utilização de recursos, visto que a farmácia é um estabelecimento de saúde com alta capilaridade e com recorrente contato com o paciente (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2016).

4. METODOLOGIA

4.1 Comorbidades protocoladas: as bases de dados selecionadas para a revisão da literatura

Buscando-se a definição das comorbidades objeto de elaboração dos protocolos, foi realizada uma revisão de literatura das DCNT's mais prevalentes na atenção básica – nível de saúde em que está inserida a farmácia comunitária. Para isso, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Portal Periódicos Capes, Scielo, Lilacs e a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

4.2 Método de busca de evidências

Os dados foram coletados por meio de uma busca sistemática no buscador PubMed (o qual inclui as bases Medline e PubMed Central), um recurso gratuito desenvolvido e mantido pela Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) dos Estados Unidos. Além disso, informações adicionais foram obtidas nas bases de dados Uptodate®, Micromedex® e Natural Medicines®. Foram incluídos nestes protocolos os seguintes tipos de estudos: estudos primários (ensaios clínicos randomizados - ECR) e estudos secundários (revisões sistemáticas com ou sem metá-análise). Para tal, foram determinados descritores e termos relacionados a cada comorbidade, conforme os protocolos do *Health Science Descriptors* (DeCS/MeSH), uma categoria internacional de descritores em saúde, conforme apresentado nos tópicos a seguir.

4.2.1 Hipertensão Arterial

Termos MeSH: Hypertension, High Blood Pressure, Malignant Hypertension, Gestational Hypertension, Pre Hypertension, White Coat Syndrome, Isolated Clinic Hypertension, Masked Hypertension, Anti Hypertensive Agents, Anti Hypertensive Drugs, Body mass index, Weight, Exercise, Physical activity, Diet, High fat diet, Nsaid, smoking.

4.2.2 Diabetes Melito

Termos Mesh: Diabetes Mellitus, Complications of Diabetes Mellitus, Insulin Dependent Diabetes Mellitus 1, Autoimmune Diabetes, Adult-Onset Diabetes Mellitus, Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, Type 2 Diabetes Mellitus, Gestational Diabetes, LADA, Latent Autoimmune Diabetes in Adults, Insulins, Incretins, Hypoglycemic Agents, Antidiabetic Drug, Metformin, Body mass index, Weight, Exercise, Physical activity, Diet, High fat diet, Nsaid, smoking.

4.2.3 Dislipidemias

Termos Mesh: Dyslipidemias, Dyslipoproteinemias, Hypercholesterolemia, Hypertriglyceridemia, Elevated Cholesterol, Carbohydrate Inducible Hyperlipemia, Familial Hypertriglyceridemia, Familial Hypercholesterolemia, Hypolipidemic Agents, Hypolipidemic Agents, Hypolipidemic Drug, Antilipemics, Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors, Statins, Fibrates, Body mass index, Weight, Exercise, Physical activity, Diet, High fat diet, Nsaid, smoking, Alcohol Consumption, omega 3 Eicosapentaenoic Acid.

4.2.4 Cessação do tabagismo

Termos Mesh: Tobacco Use Cessation, Smokeless Tobacco Cessation, Anti Smoking Education, Anti Smoking Campaign, Smoking Prevention, Passive Smoking, Nicotine Patch, Nicotine Replacement Therapies, Nicotine Lozenges, Transdermal Patch Nicotine, Nicotine Dependence, Nicotine Addictions, Nicotine Use Disorders, Alcohol Consumption.

4.2.5 Depressão

Termos Mesh: Depression, Depressive Symptom, Depressive Disorders, Depressive Syndrome, Unipolar Depression, Major Depressive Disorders Major, Therapy Resistant Depression, Treatment-Resistant Depressive Disorder, Dysthymia and Chronic Depression, Patient Health Questionnaire, PHQ-9,

Antidepressant Drug, Antidepressive Agent, Second Generation Antidepressive Agents, Tricyclic Antidepressant, Atypical Antidepressants, Serotonin Uptake Inhibitors, Exercise, Physical activity, Cognitive Behavioral Therapy, Interpersonal Psychotherapy.

4.2.6 Ansiedade

Termos Mesh: Anxiety, Social Anxiety, Nervousness, Anxiousness, Anxiety Disorder, Generalized Anxiety Disorder Scale, Phobias, Test Anxiety Questionnaire, Test Anxiety Scales, Assessment of Mental Disorders in Primary Care, Anti-Anxiety Agents, Anti-Anxiety Drugs, Minor Tranquilizing Agents, Anxiolytic Effect, Anxiolytic Agent, Exercise, Physical activity, Cognitive Behavioral Therapy, Interpersonal Psychotherapy.

4.2.7 Transtorno Afetivo Bipolar

Termos Mesh: Bipolar Disorder, Bipolar Mood Disorders, Bipolar Affective Psychosis, Manic Disorder, Manic Depression, Bipolar Mood Disorder, Manic-Depressive Psychoses, Antipsychotic Agents, Antipsychotic Drug, Neuroleptic Drugs, Lithium Carbonate, Valproic Acid, Cognitive Behavioral Therapy, Interpersonal Psychotherapy.

4.3 Análise crítica dos dados

Os dados coletados a partir da busca sistemática foram comparados criticamente com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e com Diretrizes de Prática Clínicas, conforme regulamentação do Ministério da Saúde e de Sociedades Médicas nacionais.

4.4 Validação dos dados

Após o processo de definição das comorbidades, sistematização das buscas por evidências científicas e elaboração dos documentos finais, os protocolos

resultantes foram avaliados por uma Comissão Técnica formada por duas doutoras em Farmácia Clínica e um doutor em Saúde Pública, através de uma revisão individual. Por fim, a validação dos protocolos se deu após a resolução de divergências e ajustes orientados pelos membros da comissão.

5. RESULTADOS

5.1 Revisão de literatura sobre a prevalência de DCNT's na atenção primária

Após a revisão da literatura acerca da prevalência das DCNT's foram considerados os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019; VIGITEL 2019 (Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico) e as Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.

Sobre os dados encontrados as doenças mais prevalentes foram a hipertensão, com prevalência de 21% a 28,5% na população geral e até 56,7% em situações de vulnerabilidade social; A depressão, com prevalência de 7,6% a 10,2%; o diabetes melito, com prevalência de 6,2% a 28,5%; a dislipidemia que apresentou a prevalência de 12,5% dos brasileiros e o tabagismo com prevalência de 12,6% a 17,1%. (DA SILVA DE CARVALHO MELO et al., 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; ROUSSEFF et al., 2010; THEME FILHA et al., 2015).

Ademais, foi considerada uma pesquisa realizada em um ambulatório de Cuidado Farmacêutico com pacientes polimedicados realizado por COSTA et al. 2020, onde se observou a prevalência de Transtornos de Ansiedade de 65% e de Transtorno Afetivo Bipolar de 22,5%.

Nesse sentido foram elaborados protocolos clínicos para as seguintes comorbidades: Hipertensão Arterial, Diabetes Melito, Dislipidemia, Cessação do tabagismo, Depressão, Ansiedade e Transtorno Afetivo Bipolar.

5.2 Dados da busca sistemática das evidências científicas sobre as práticas clínicas nas comorbidades selecionadas

Na busca pela identificação de intervenções ainda não adotadas pela prática clínica farmacêutica, os dados coletados foram organizados com seus respectivos graus e níveis de evidência, conforme sistematização demonstrada nos quadros 03 a 09, a seguir:

Quadro 03: Resultados da busca sistemática no *PubMed* e Diretrizes sobre Hipertensão Arterial

HIPERTENSÃO ARTERIAL		
Especificação	Recomendação	GR
Acompanhamento	O MRPA é especificamente recomendado para várias indicações clínicas, como identificação da Hipertensão do Avental Branco e Hipertensão Mascarada, quantificação dos efeitos do tratamento e identificação de possíveis causas de efeitos colaterais.	1A
Anamnese	Quando estiverem disponíveis as técnicas auscultatórias e por aparelho digital para a aferição da PA, a utilização de dispositivo automático de braço pode ser preferível, diante da simplicidade da medida realizada.	1A
Tratamento farmacológico	Preconiza-se para o tratamento anti-hipertensivo, as classes de medicamentos que demonstram uma redução efetiva da PA e do risco cardiovascular. São elas: Diuréticos tiazídicos ou similares, BCC, IECA e BRA. Os BB devem ser considerados em situações clínicas específicas (Doença Arterial Coronariana - DAC, Insuficiência Cardíaca Congestiva - ICC e controle da Frequência Cardíaca - FC).	1A
	O tratamento da HA pode ser iniciado com associação de duas classes de fármacos, desde a HA estágio I.	1A
	O início do tratamento com combinação de dois fármacos deve ser feito com um IECA, ou BRA, associado a Diuréticos tiazídico ou similar ou BCC.	1A
	Para o tratamento de pacientes com alto risco cardiovascular, é preferencial a utilização da associação entre um IECA e um BCC di-hidropiridínico, em vez de IECA e Diuréticos em pacientes não obesos.	1B
	Quando não se atinge o controle da PA com a associação de dois fármacos, deve ser prescrito um terceiro. Preferindo-se entre IECA, BRA, DIU e BCC.	2A
	Quando não se atinge o controle da PA com a combinação de três fármacos, a espironolactona deve ser acrescentada preferencialmente ao esquema terapêutico.	2B
	O tratamento da HA com formulações farmacêuticas que possuem associações fixas de fármacos aumenta a possibilidade da adesão terapêutica.	1B
	O tratamento da HA com a combinação de dois antagonistas do sistema renina-angiotensina é contraindicado.	1A
Rastreamento	Todos os adultos maiores de 18 anos devem passar por triagem para HA, devem ter sua PA aferida e registrada em prontuário.	1A

Legenda: HA: Hipertensão Arterial; MRPA: monitoramento residencial da pressão arterial; PA: pressão arterial; PA: Pressão Arterial; BCC: Bloqueadores de Canais de Cálcio; IECA: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina; BRA: Bloqueadores do Receptor da Angiotensina; BB: Betabloqueadores.

Fonte: Diretrizes Nacionais e Internacionais sobre o manejo da Hipertensão Arterial

Quadro 04: Resultados de busca sistemática no *PubMed* e Diretrizes sobre Diabetes Melito 2

DIABETES MELITO		
Especificação	Recomendação	GR
Curso da doença	Na evolução natural do Diabetes Melito 2 (DM2), ocorre a redução da secreção de insulina com prevista falha na monoterapia e na combinação de agentes orais com diferentes mecanismos.	1A

MEV's	Em pacientes recém diagnosticados, a principal indicação terapêutica corresponde a Mudanças de Estilo de Vida (MEV's) associadas ao uso de metformina.	1A
	Para aqueles pacientes com nítidos fatores modificáveis para a hiperglicemia e que estão dispostos a aderir as MEV's ou um valor de HbA1C < 7,5%, pode-se experimentar a eficácia das MEV's por um período de seis meses.	2B
Terapia farmacológica	Quando a glicemia for inferior a 200 mg/dL, estarão indicados os medicamentos que não promovem aumento da secreção de insulina (indicados principalmente para pacientes com obesidade).	5D
	Para pacientes com problemas cardíacos e renais, onde não está indicado o uso da metformina, sugere-se o uso de um agonista do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1) ou um inibidor do co-transportador de sódio-glicose 2 (SGLT2), devido ao benefício cardiorrenal.	2B
	Para pacientes que se apresentam com hiperglicemia sintomática ou hiperglicemia grave com cetonúria, a insulina é indicada para o tratamento inicial. Para pacientes que apresentem glicose plasmática em jejum > 250 mg / dL, glicose aleatória consistentemente > 300 mg / dL, HbA1C > 9 %]], mas sem cetonúria ou perda de peso espontânea, nos quais o diabetes tipo 1 não é provável, a primeira linha de tratamento é a insulina ou um agonista do receptor de GLP-1.	2B
	Em pacientes com ICC, prefere-se os inibidores do SGLT2 em associação a metformina.	2C
	Quando houver necessidade de combinação terapêutica, a insulina basal noturna é uma opção eficaz associada a um ou mais agentes orais.	1B
	Recomenda-se um segundo medicamento quando a meta de tratamento glicêmico individualizado não for alcançada com metformina mais intervenção no estilo de vida, exceto casos específicos.	1B
	Para pacientes com HbA1C > 9% ou com sintomas persistentes de hiperglicemia, sugere-se adicionar insulina ou um agonista do receptor de GLP-1.	2B
	Para a maioria dos pacientes que não atingem a meta de HbA1C com a terapia dupla inicial, sugerimos iniciar a insulina ou um agonista do receptor de GLP-1	2B
Rastreamento	Sugere-se triagem para Diabetes Gestacional em 24 a 28 semanas de gestação.	2B

Legendas: MEV's: Mudanças de Estilo de Vida.

Fonte: Diretrizes Nacionais e Internacionais sobre o manejo do Diabetes Melito.

Quadro 05: Resultados de busca sistemática no *PubMed* e Diretrizes sobre Dislipidemias

DISLIPIDEMIA		
Especificação	Recomendação	GR
MEV's	Sugere-se que todos os pacientes com um LDL-C elevado sejam aconselhados a aderir as MEV's.	1B
	Para pacientes com um LDL-C > 100 mg / dL e um risco maior que 10 % de um evento cardiovascular em 10 anos, recomenda-se a terapia com estatinas.	1A
	Quando se optar por terapia farmacológica na prevenção primária, sugere-se o tratamento com uma estatina de intensidade moderada, em vez de intensidade alta.	2C

Terapia farmacológica	Para a prevenção primária de pacientes que não toleram estatinas, sugere-se apenas MEV's e terapia antiplaquetária apenas para indivíduos com alto risco cardiovascular.	2C
	Todos os pacientes com hipertrigliceridemia devem ser avaliados quanto ao nível de colesterol de LDL-C. Se o paciente não atingir a meta com a terapia de primeira escolha, a terapia com estatinas deve ser fortemente considerada.	1A
	Para pacientes de alto risco cardiovascular cujos triglicerídeos permanecem > 150 mg / dL após uma tentativa máxima de diminuir o LDL-C, sugere-se a adição de terapia com medicamentos para diminuir ainda mais o risco cardiovascular.	2C
	O uso de estatina está indicado em terapias de prevenção primária e secundária como primeira opção terapêutica.	1A
	A associação entre o ezetimiba e doses moderadas de estatinas apresenta-se como uma alternativa para pacientes que não toleram doses altas de estatinas.	2A
	Os fibratos são indicados no tratamento da hipertrigliceridemia quando houver falha das medidas não farmacológicas. Quando os TG forem muito elevados (> 500 mg/dL), os fibratos são recomendados inicialmente com MEV's e no tratamento da dislipidemia mista com predomínio de hipertrigliceridemia.	1A

Legendas: LDL-c: Lipoproteína de baixa densidade; MEV's: Mudanças de Estilo de Vida.; TG: Triglicerídeos.

Fonte: Diretrizes Nacionais e Internacionais sobre o manejo das Dislipidemias.

Quadro 06: Resultados de busca sistemática no *PubMed* e Diretrizes sobre Cessação Tabágica

CESSAÇÃO TABÁGICA		
Especificação	Recomendação	GR
Terapia farmacológica	Para indivíduos que desejam parar de fumar, recomenda-se uma combinação de suporte comportamental e terapia farmacológica. A terapia combinada é superior à intervenção comportamental ou à terapia farmacológica isolada.	1B
	Para a maioria dos pacientes, sugere-se uma combinação de dois produtos de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN): um adesivo mais uma forma de ação curta, como goma ou pastilha.	2B
	Para a maioria dos pacientes, sugere-se o tratamento com vareniclina ou TRN como terapia farmacológica de primeira linha, em vez de bupropiona ou outra farmacoterapia.	2B
	Para os indivíduos que pretendem parar de fumar, mas não estão prontos para interromper o uso do tabaco, sugere-se iniciar a farmacoterapia, em vez de esperar até que estejam prontos para interromper o uso do tabaco.	2B
	Para pacientes que continuam a apresentar sintomas de abstinência apesar do uso correto da farmacoterapia de primeira linha, e que ainda não estão recebendo uma TRN de curta ação, sugere-se adicionar a TRN de curta ação. Além disso, a dose do medicamento de primeira linha deve ser aumentada se ainda não estiver maximizada.	2C

Fonte: Diretrizes Nacionais e Internacionais sobre o manejo do tabagismo.

Quadro 07: Resultados de busca sistemática no *Pubmed* e Diretrizes sobre Depressão.

DEPRESSÃO		
Especificação	Recomendação	GR
Rastreamento	Sugere-se a triagem de adultos para depressão quando existe a disponibilidade de serviço de saúde com estrutura adequada para diagnóstico e acompanhamento.	2C
Terapia farmacológico	Para o tratamento inicial da depressão maior unipolar, sugere-se a associação de farmacoterapia mais psicoterapia, em vez de uma das duas isoladamente.	2B
	Para pacientes com depressão maior, que são inicialmente tratados com antidepressivos, sugere-se Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), em vez de outros antidepressivos. No entanto, os inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina, antidepressivos atípicos e moduladores da serotonina são alternativas razoáveis. Antidepressivos tricíclicos e Inibidores da Monoamino Oxidase (IMAO) normalmente não são usados como tratamento inicial, devido a preocupações com a segurança e com efeitos adversos.	2B
	Para pacientes com depressão grave que são tratados com antidepressivos, sugere-se Inibidores da Recaptação da Serotonina-Norepinefrina (IRSN), em vez de outros antidepressivos.	2B

Fonte: Diretrizes Nacionais e Internacionais sobre o manejo da Depressão.

Quadro 08: Resultados de busca sistemática no *Pubmed* e Diretrizes sobre Ansiedade

ANSIEDADE		
Especificação	Recomendação	GR
Tratamento farmacológico	Para pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) tratados com medicamentos, sugere-se o tratamento de primeira linha com um ISRS ou IRSN, em vez de outros medicamentos.	2C
	Se o paciente não mostrar nenhum sinal de melhora após quatro a seis semanas de um ISRS na dose máxima tolerada, sugere-se uma alternativa terapêutica com um ISRS diferente, em vez de outros medicamentos.	2C
	Para pacientes que apresentam uma resposta parcial à dose máxima tolerada de ISRS (ou nenhuma resposta a dois ISRS ou IRSN), sugere-se a associação com buspirona, em vez de outros medicamentos.	2C
	Quando se opta por tratamento medicamentoso para o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), sugere-se tratamento de primeira linha com um ISRS ou IRSN, em vez de outros medicamentos.	2B
	Quando a medicação é usada para tratar TAS apenas no desempenho de atividades, sugere-se o tratamento com um benzodiazepínico (apenas em pacientes sem histórico de Transtorno por Uso de Substância (TUS)).	2C
	Para a maioria dos pacientes com TUS concomitante e transtorno relacionado à ansiedade, sugere-se psicoterapia mais o tratamento medicamentoso com um ISRS ou IRSN.	2C

Fonte: Diretrizes Nacionais e Internacionais sobre o manejo da Ansiedade.

Quadro 09: Resultados de busca sistemática no no *Pubmed* e Diretrizes sobre Transtorno Afetivo Bipolar.

Transtorno Afetivo Bipolar		
Especificação	Recomendação	GR
Tratamento farmacológico	Pacientes com transtorno bipolar I costumam apresentar depressão maior na ausência de terapia com drogas antimaníacas. Para esses, sugere-se o tratamento inicial com quetiapina, em vez de outros medicamentos.	2C
	Para episódios depressivos causados por eficácia antidepressiva insuficiente do medicamento antimaníaco, sugere-se farmacoterapia complementar, em vez de troca. A escolha específica depende da terapia medicamentosa antimaníaca atual: os pacientes atualmente tratados com um antipsicótico de segunda geração geralmente recebem lamotrigina, lítio ou valproato como complemento. Os pacientes atualmente tratados com outros medicamentos antimaníacos (por exemplo, lamotrigina ou lítio) geralmente recebem prescrição de um antipsicótico de segunda geração. Indica-se, preferencialmente nessa ordem: quetiapina, lurasidona e olanzapina.	2C
	Para pacientes com mania grave, sugere-se o tratamento inicial com lítio ou valproato mais um antipsicótico, em vez de monoterapia com lítio, valproato ou um antipsicótico.	2B
	O transtorno bipolar é uma doença altamente recorrente. Para pacientes com transtorno bipolar I, recomenda-se a farmacoterapia de manutenção, em vez de nenhum tratamento.	1A
	Para a maioria dos pacientes que respondem à farmacoterapia aguda, sugere-se o tratamento de manutenção com o mesmo regime, em vez de troca de medicamentos.	2B
	Para pacientes que não toleram o curso inicial de farmacoterapia de manutenção e não foram tratados com lítio, sugere-se monoterapia com lítio em vez de outros regimes de medicamentos.	2B
	Para pacientes com histórico de recorrências múltiplas de hipomania ou com resposta parcial ou inadequada a um medicamento de manutenção tolerado, sugere-se a adição de um segundo medicamento.	2B
	A educação em saúde em grupo como tratamento adjuvante com farmacoterapia pode prevenir episódios recorrentes de humor e aumentar a adesão à medicação.	2C
	Para pacientes bipolares de ciclo rápido com depressão maior, sugere-se o tratamento inicial com quetiapina, em vez de outros medicamentos.	2C
	Para pacientes bipolares de ciclo rápido resistentes, com depressão maior que não respondem à quetiapina, sugere-se o tratamento sequencial com lamotrigina, lítio e a combinação de olanzapina e fluoxetina, em vez de outros medicamentos.	2C
	Para pacientes bipolares deprimidos de ciclo rápido, sugere-se aumentar a farmacoterapia com psicoterapia, em vez de usar apenas farmacoterapia.	2C
Educação em saúde	A educação em saúde em grupo como tratamento adjuvante com farmacoterapia pode prevenir episódios recorrentes de humor e aumentar a adesão à medicação.	2C

Fonte: Diretrizes Nacionais e Internacionais sobre o manejo do Transtorno Afetivo Bipolar.

5.3 Elaboração estrutural do protocolo

A partir da triagem apresentada nos quadros 03 a 09, as informações obtidas foram organizadas em um documento, para auxiliar a tomada de decisão do farmacêutico no ambiente da Farmácia Comunitária. Após as etapas de busca sistemática dos dados e realizado o recorte com as práticas clínicas definidas no Brasil, os dados foram organizados na forma de protocolos clínicos. Todo o processo de estruturação seguiu os princípios filosóficos e o método clínico do Cuidado Farmacêutico, onde cada documento foi dividido em catorze seções específicas, conforme descritas a seguir.

5.3.1 Conhecendo o problema

Nesta seção é explicitado um panorama geral da doença, qual seu impacto na saúde pública e quais os cenários gerais estabelecidos para o seu enfrentamento, objetivando dar ciência ao leitor sobre as dimensões sociais da comorbidade e quais os principais problemas por ela gerados.

5.3.2 Definição

Essa seção elucida a conceituação da comorbidade, explicitando sua definição amplamente aceita pelos órgãos mundiais em saúde.

5.3.3 Epidemiologia

Neste tópico, são descritos dados dos determinantes de cada problema de saúde, com a exposição de taxas de mortalidade, morbidade, incidência, hospitalizações, incapacitação e outros índices a nível mundial e nacional.

5.3.4 Patogênese

Nesta seção, descreve-se o processo pelo qual determinados agentes etiopatológicos geram o processo de adoecimento através da agressão ao organismo e aos processos fisiológicos para gerar a doença.

5.3.5 Características clínicas

Este tópico explicita a apresentação clínica de determinada doença no indivíduo, por meio de quais sinais e sintomas são possíveis à sua identificação, ajudando o farmacêutico a realizar o manejo correto do problema de saúde.

5.3.6 Critérios de diagnósticos e classificação

Esse tópico discute os métodos e critérios utilizados para o diagnóstico de determinada doença, bem como sobre como se dá o seu processo de classificação etiológica, clínica, laboratorial e na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

5.3.7 Rastreamento

Aqui é discutido como o farmacêutico deve realizar o rastreamento em saúde para determinada doença, utilizando procedimentos, exames e aplicação de instrumentos para identificar uma provável doença, em pessoas que apresentem ou não os sintomas ou que estejam sob o risco de desenvolvê-los.

5.3.8 Anamnese específica

Neste tópico são explicitados o possível trajeto para se coletar a história clínica do paciente, por meio da aplicação de um check-list de perguntas-chave, como: Histórico da Doença Atual (HDA), História Social (HS), História Familiar (HF), Exames Físicos (EF), História Clínica (HC), História Farmacoterapêutica,

identificação de situações especiais, possíveis avaliações laboratoriais e identificação de possíveis alergias.

5.3.9 Tratamento Farmacológico

Esta sessão do protocolo clínico se dedica a apresentar todos os medicamentos e esquemas terapêuticos disponíveis no Brasil para o tratamento de determinada doença, com suas respectivas posologias, observações, recomendações e eventos adversos. E, dentre esses esquemas, quais medicamentos e apresentações estão disponíveis no Sistema Único de Saúde, por meio da busca na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), do ano de 2020. Posteriormente, são disponibilizados os algoritmos de tratamento, demonstrando como se dá o percurso de intervenção baseado em evidências científicas e nas necessidades individuais do paciente.

5.3.10 Curso da doença

Neste tópico, são discutidos qual o curso crônico e a sua história de desenvolvimento da doença, quais as possíveis complicações que podem ser geradas e como realizar esse processo de identificação e realizar o seu manejo.

5.3.11 Objetivos e metas

Aqui são discutidos quais os principais objetivos que devem ser alcançados com o estabelecimento do plano de cuidado ao paciente e quais são as metas terapêuticas preconizadas pelos órgãos em saúde para aquela comorbidade.

5.3.12 Plano de Cuidado Farmacêutico

Na elaboração do plano de cuidado farmacêutico, são discutidos como deve ser realizada a revisão da farmacoterapia, quais são os principais desfechos clínicos, humanísticos e econômicos que devem ser acompanhados pelo

farmacêutico, como deve ser realizada a prescrição de MEV's para cada doença, bem como identificar e gerir situações que demandem uma atenção especial durante a elaboração do plano de cuidado.

5.3.13 Alertas para o encaminhamento

Neste tópico, o objetivo é auxiliar o farmacêutico a identificar quais situações demandam um cuidado em saúde que a Farmácia Comunitária não possa oferecer, indicando para qual nível de saúde cada situação em potencial deva ser encaminhada.

5.3.14 Diretrizes e sociedades

Por fim, são disponibilizados para cada doença, respectivamente, quais as sociedades que se dedicam a traçar estudos para o aperfeiçoamento da prática clínica em nível mundial e nacional, assim como quais os Protocolos e Diretrizes Clínicas vigentes.

5.4 Produto

Como resultado deste trabalho, foi obtido um guia de protocolos clínicos para auxiliar a tomada de decisão do farmacêutico, mediante a aplicação do método de Cuidado Farmacêutico em DCNT's, dividido em dois grandes eixos: Eixo 01: Doenças Cardiovasculares e endócrinas, e Eixo 02: Transtornos Mentais. As informações iniciais coletadas foram comparadas e complementadas, gerando um documento que projete um trajeto de raciocínio para o farmacêutico, em que todas as 14 sessões inseridas foram permeadas pelas políticas vigentes no SUS, que será publicado no formato de E-book e ficará disponível na página institucional do Núcleo de Cuidado em Saúde – NUCES/UFPB.

Para facilitar a compreensão didática do leitor, foram incluídas ferramentas como quadros, figuras, algoritmos e anexos. Também foi realizada uma análise entre o número de alternativas terapêuticas disponíveis para o tratamento de

determinada doença e as opções disponíveis no SUS. Através disso, foi elaborada uma porcentagem. Essas informações são demonstradas no Quadro 10, a seguir.

Quadro 10: Informações sobre o guia de protocolos clínicos

Protocolo	Quadros	Figuras	Algoritmos	Anexos	Número de páginas	Alternativas terapêuticas disponíveis no SUS
Hipertensão Arterial	20	01	01	04	25	37,7%
Diabetes Melito	19	-	02	03	24	13,5%
Dislipidemia	16	-	03	02	24	58,8%
Cessação Tabágica	15	01	02	03	23	80,0%
Depressão	19	-	01	03	25	15,5%
Ansiedade	13	-	-	03	12	20%
Transtorno Afetivo Bipolar	11	-	02	02	21	75%

Fonte: Autor, 2021.

6. DISCUSSÃO

Inicialmente, pode-se encarar como demasiadamente destemida uma intervenção que proponha englobar diferentes comorbidades que possuem as mais diferentes apreensões clínicas, prognóstico e tratamento, sob uma mesma metodologia de classificação da informação para um determinado fim. No entanto, a urgente necessidade de disseminar e embasar as práticas clínicas de forma efetiva justificou tais esforços.

O Conselho Federal de Farmácia, enquanto órgão representativo, tem trabalhado bastante nesse aspecto, com a publicação de guias de prática clínica sobre Problemas de Saúde Autolimitados (PSAL), como Espirro e Congestão Nasal; Dismenorreia; Febre; Azia/Dispesia e Tosse (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2021)). De igual modo, o tratamento de doenças crônicas também carece de estratégias e iniciativas dessa natureza.

Outro problema encontrado quando se analisa criticamente dados sobre diferentes comorbidades, é que estas são geridas e regulamentadas por diferentes órgãos, seja o próprio Ministério da Saúde ou Sociedades Médicas, e a compreensão de tais especificidades requerem um maior detalhamento:

Os dados coletados acerca da Hipertensão Arterial, foram comparados com os dados disponíveis nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (BARROSO et al., 2020), da Sociedade Brasileira de Cardiologia, com última publicação no ano de 2020. Já os dados sobre a Diabetes Melito, foram comparados com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020), com última publicação no ano de 2019. Os dados de Dislipidemias foram comparados com a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Arteriosclerose (FALUDI et al., 2017), da Sociedade Brasileira de Cardiologia, com última publicação no ano de 2017, enquanto os dados sobre a cessação do tabagismo foram comparados com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para a Cessação do Tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a), do Ministério da Saúde, com última publicação no ano de 2020. Os dados acerca da Depressão foram comparados com a Revisão das Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da Depressão (FLECK et al., 2009), com última publicação em 2009. Os dados sobre a Ansiedade foram comparados com as diretrizes para

Transtorno de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP), 2008), da Associação Brasileira de Psiquiatria, com última publicação em 2008. Já os dados relacionados com o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) foram comparados com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), do Ministério da Saúde, com última publicação em 2016.

Diante disso, foi possível observar uma organização a nível nacional para que se mantenham atualizados os Protocolos Clínicos e Diretrizes de Prática relacionadas a Hipertensão Arterial, Diabetes Melito e Dislipidemia. As responsáveis pela manutenção dessas atualizações são as Sociedades Médicas. Isso se reflete em um maior número de informações disponíveis que, conseqüentemente, se refletiram na organização dos protocolos, onde foi possível gerar um maior número de quadros para essas comorbidades, sendo 20, 19 e 16 quadros para Hipertensão Arterial, Diabetes Melito e Dislipidemia, respectivamente. Outro ponto importante foi a elevada disponibilidade de alternativas terapêuticas para Hipertensão (37,5%), e Dislipidemia (58,8%). Entretanto, esses dados não garantem o acesso dos pacientes aos medicamentos, visto que a grande maioria é disponível apenas no componente especializado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

Com relação ao Tabagismo, o Ministério da Saúde atualizou, no ano de 2020, as Diretrizes do SUS para a cessação tabágica, em que é observada uma grande disponibilidade de alternativas terapêuticas, em relação às disponíveis no Brasil – que corresponde a um percentual de 80%. Isso pode ser um reflexo das amplas iniciativas de combate ao tabagismo mundialmente, que oferece meios para a sua consecução (INCA, 2012; PORTES et al., 2018). No entanto, a disponibilidade do medicamento não garante o sucesso do programa de cessação tabágica no SUS, visto que se relatam altas taxas de abandono e uma baixa procura, tornando-se alvo de críticas por parte dos usuários (ANDRADE et al., 2011; DA ROCHA; VIEIRA; SCHNEIDER, 2021). Esse contexto ajuda a reforçar a necessidade do desenvolvimento de habilidades cognitivas por partes dos profissionais de saúde e, nesse caso, também do farmacêutico.

Com relação aos transtornos mentais, entretanto, é observada uma lacuna de Protocolos Clínicos e Diretrizes de Prática para essas comorbidades. No caso

da Depressão e da Ansiedade, é identificada a ausência da atualização de protocolos nos últimos cinco anos e, corroborando com esses dados, pode-se observar, como expresso no Quadro 10, que apenas 15,5% e 20% das alternativas terapêuticas disponíveis no Brasil para o tratamento da Depressão e Ansiedade estão disponíveis no SUS, respectivamente. Isso pode levar a crer que existe uma necessidade de maior engajamento para a revisão dessas políticas em saúde mental no Brasil.

Com a elaboração dos protocolos, fica possibilitado um amplo campo de atuação clínica do farmacêutico para o manejo de DCNT's, visto que a aplicação dos seus serviços clínicos pode representar uma prática profissional primordial para a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde dos pacientes. Observando-se as atribuições legais da prática profissional e partindo da necessidade social do estabelecimento de novas estratégias para o enfrentamento das DCNT's nos Sistemas de Saúde, o farmacêutico passa a estar inserido no processo de cuidado em todos os aspectos relacionados à farmacoterapia.

Ressalta-se que o produto dessa pesquisa tem como finalidade servir como material didático para auxiliar a prática farmacêutica na farmácia comunitária e que, apesar disso, a pesquisa se dedicou até a etapa de elaboração e validação dos protocolos, não tendo sido realizada, ainda, a sua implantação.

O processo de revisão final dos protocolos resultantes se deu por meio da sua avaliação por uma comissão técnica, formada majoritariamente por farmacêuticas com doutorado em Farmácia Clínica e expertise na área de implantação de serviços farmacêuticos na farmácia comunitária. Não obstante, como durante o processo de cuidado pelo uso do protocolo requer ações com referência e contrarreferência a outros serviços de saúde, e considerando-se o caminho lógico e multiprofissional do processo de cuidado, sentiu-se a necessidade da inserção de um profissional médico com doutorado em saúde pública, para atestar, para além da perspectiva farmacêutica, a exequibilidade do instrumento proposto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os resultados obtidos, pode-se dizer que o objetivo de desenvolver um Guia de Protocolos Clínicos para DCNTs, para auxiliar na tomada de decisão do farmacêutico no ambiente da Farmácia Comunitária, foi alcançado. Espera-se que esse trabalho forneça apoio para o desenvolvimento de protocolos para tratamento de outras comorbidades, sejam elas crônicas ou não, organizando informações baseadas em evidências, conforme o método clínico de cuidado farmacêutico para auxiliar a tomada de decisões.

Pretende-se, como próxima etapa da contribuição, auxiliar a implantação dos protocolos em um serviço de saúde operante, e, a partir disso, avaliar a sua desenvoltura perante a aplicação pelos farmacêuticos, para que sejam realizados os ajustes necessários para a plena implantação em sua rotina diária, suscitando oportunidades para novas abordagens de aprofundamento do tema.

REFERÊNCIAS

- ALTOWAIJRI, A.; PHILLIPS, C. J.; FITZSIMMONS, D. **A systematic review of the clinical and economic effectiveness of clinical pharmacist intervention in secondary prevention of cardiovascular disease** *Journal of Managed Care Pharmacy* Academy of Managed Care Pharmacy (AMCP), , 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23697478/>>. Acesso em: 25 jun. 2021
- ÁLVARES, J. et al. National survey on access, use and promotion of rational use of medicines: Methods. **Revista de Saude Publica**, v. 51, p. 1s-9s, 2017.
- AMERICAN COLLEGE OF CLINICAL PHARMACY. **Standards of practice for clinical pharmacists** *Pharmacotherapy* Pharmacotherapy Publications Inc., , 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25112523/>>. Acesso em: 26 jun. 2021
- ANDRADE, D. et al. **ABANDONO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO EM PROGRAMA DE MUNICÍPIO DO NORTE DO PARANÁ WITHDRAWAL OF TREATMENT FOR SMOKING IN A PROGRAM OF A MUNICIPALITY OF NORTHERN PARANA** *Espaço para Saúde*. [s.l.] dez, 2011. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude>. Acesso em: 1 jun. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. **Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, p. 15, 2008.
- BARNETT, K. et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. **The Lancet**, v. 380, n. 9836, p. 37–43, 2012.
- BARONDESS, J. A. **Scanning the chronic disease terrain: prospects and opportunities** *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* American Clinical and Climatological Association, , 2014. Disponível em: <pmc/articles/PMC4112689/>. Acesso em: 26 jun. 2021
- BARROSO, W. et al. Diretrizes Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol**, 2020.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução no 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo**, p. 11, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticos do transtorno afetivo bipolar do tipo I. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticos do transtorno afetivo bipolar do tipo I**, p. 12–22, 2016.
- BRASIL. Lei n.13.021, de 8 de agosto de 2014: Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, p. 4–7, 2014.
- CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P. . **Pharmaceutical Care Practice: The clinician's guide**. 2ª ed. [s.l: s.n.].
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L.; MORLEY, P. *Pharmaceutical Care Practice - The Clinician's Guide*. **2. ed. New York: McGraw-Hill**, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade contextualização e arcabouço conceitual. In: **Conselho Federal de Farmácia**. Conselho F ed. Brasília - DF: Conselho Federal de Farmácia, 2016. p. 53–63.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Publicações**. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/pagina.php?id=778&menu=778&titulo=Publicações>>. Acesso em: 28 jun. 2021.
- CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. A Prática Farmacêutica na Farmácia comunitária.

Porto Alegre: Artmed, p. 434, 2013.

DA ROCHA, B. V.; VIEIRA, D. S. R.; SCHNEIDER, I. J. C. Abandono do tratamento e cessação do tabagismo: análise dos dados de um programa de controle. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e41, 18 maio 2021.

DA SILVA DE CARVALHO MELO, S. P. et al. Chronic noncommunicable diseases and associated factors among adults in an impoverished urban area of the Brazilian northeast. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3159–3168, 1 ago. 2019.

DO NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Polypharmacy: A challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saude Publica**, v. 51, p. 1s-12s, 13 nov. 2017.

EASLEY, J. A. The crisis in primary care. **Minnesota medicine**, v. 89, n. 1, p. 39–41, 2006.

EL DIB, R. P. **How to practice evidence-based medicine** **Jornal Vascular Brasileiro** Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, , 2007.

EL DIB, R. P.; ATALLAH, Á. N. **Evidence-based speech, language and hearing therapy and the cochrane library's systematic reviews** **Sao Paulo Medical Journal** Associação Paulista de Medicina, , 2006. Disponível em: <<http://www.>>. Acesso em: 26 jun. 2021

EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 268, n. 17, p. 2420–2425, 4 nov. 1992.

FALUDI, A. et al. ATUALIZAÇÃO DA DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, 2017.

FERNER, R. E.; ARONSON, J. K. **Communicating information about drug safety** **British Medical Journal** BMJ Publishing Group, , 15 jul. 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16840480/>>. Acesso em: 26 jun. 2021

FLECK, M. P. et al. **Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral)** **Revista Brasileira de Psiquiatria** Associação Brasileira de Psiquiatria, , maio 2009.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533–543, 1990.

INCA. O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. 2012.

IVAMA, ADRIANA MITSUE ET., A. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 24 p, 2002.

LAWRENCE; WEED. Medical Records That Guide and Teach Massachusetts Medical Society. All rights reserved. **N Engl J Med**, v. 278, p. 593–600, 1968.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189–201, dez. 2003.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017.

MENEZES, M. M.; LOPES, C. T.; NOGUEIRA, L. DE S. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 773–784, 2016.

MERCER, S. W. et al. Multimorbidity in primary care: Developing the research agenda. **Family Practice**, v. 26, n. 2, p. 79–80, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados**Vigitel. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. [s.l: s.n.].

MOHAMMED, M. A.; MOLES, R. J.; CHEN, T. F. **Impact of Pharmaceutical Care Interventions on Health-Related Quality-of-Life Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis**Annals of PharmacotherapySAGE Publications Inc., , 1 out. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27363846/>>. Acesso em: 25 jun. 2021

MURAD, M. H. et al. **New evidence pyramid**Evidence-Based MedicineBMJ Publishing Group, , 1 ago. 2016. Disponível em: <pmc/articles/PMC4975798/>. Acesso em: 26 jun. 2021

MURAD, M. H. **Clinical Practice Guidelines: A Primer on Development and Dissemination**Mayo Clinic ProceedingsElsevier Ltd, , 1 mar. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28259229/>>. Acesso em: 26 jun. 2021

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; JATENE, F. B. Evidence based clinical practice. Part 1--well structured clinical questions. **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 49, n. 4, p. 445–449, 2003.

OSCAR CAMPANA, Á. **Metodologia da investigação científica aplicada à área biomédica-2. Investigações na área médica**J Pneumol. [s.l: s.n.].

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. DE. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601–612, dez. 2008.

PORTES, L. H. et al. Tobacco control policies in Brazil: A 30-year assessment. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1837–1848, 1 jun. 2018.

ROUSSEFF, D. et al. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE**. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2021.

SÁNCHEZ-SERRANO, I. **La crisis mundial de los sistemas de salud: del laboratorio de investigaciones hasta la coma del paciente**. [s.l: s.n.].

SCHMIDT, M. I. et al. **Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges**The LancetElsevier B.V., , 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561658/>>. Acesso em: 25 jun. 2021

SIAM, M. Y. L. et al. Impact of pharmacist-involved collaborative care on the clinical, humanistic and cost outcomes of high-risk patients with type 2 diabetes (IMPACT): a randomized controlled trial. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v. 42, n. 4, p. 475–482, 1 ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira , Renan Magalhães Montenegro Junior , Sérgio Vencio**. [s.l: s.n.].

SOLER, O.; BARRETO, J. O. M. **Community-level pharmaceutical interventions to reduce the risks of polypharmacy in the elderly: Overview of**

systematic reviews and economic evaluations**Frontiers in Pharmacology**Frontiers Media S.A., , 2019. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31001117/>>. Acesso em: 25 jun. 2021

THEME FILHA, M. M. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa nacional de saúde, 2013.

Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 18, p. 83–96, 1 dez. 2015.

TOMMELEIN, E. et al. Effectiveness of pharmaceutical care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (PHARMACOP): A randomized controlled trial. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 77, n. 5, p. 756–766, 2014.

VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.

The Lancet, v. 386, n. 9995, p. 743–800, 22 ago. 2015.