

ARTIGO ORIGINAL

Design de Serviço para o Acompanhamento Farmacoterapêutico de Pacientes Psiquiátricos Atendidos em um Ambulatório Público: Estudo de Implementação

Camila da Silva Lima¹, Joslene Lacerda Barreto²,
Max Denisson Maurício Viana³, Izabel Almeida Alves⁴

Destaques:

1. A instituição do cuidado farmacêutico auxilia na promoção da saúde mental.
2. O acompanhamento farmacêutico pode ampliar o acesso aos cuidados de saúde.
3. O serviço aumentou a adesão terapêutica dos pacientes, melhorando os sintomas.

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de implementação de um serviço de monitoramento farmacoterapêutico em uma clínica psiquiátrica ambulatorial pública. **Métodos:** Este é um estudo de implementação utilizando o modelo de *design thinking*, desenvolvido nas etapas de mapeamento, criação e implementação, adaptado de Stickdorn e Schneider. **Resultados:** As necessidades dos pacientes foram mapeadas e as limitações para a implementação foram avaliadas. Foram identificadas necessidades de revisão da terapia medicamentosa, consultas mais frequentes, monitoramento de sintomas e controle. Na fase de criação o modelo de prática foi conceituado e estruturado, incluindo avaliação antropométrica, triagem para sintomas de ansiedade e depressão e a integração de serviços de telemonitoramento. Durante a implementação, o modelo foi testado com 20 pacientes, resultando em 114 consultas, sendo 67,5% realizadas remotamente e 32,5% presencialmente. Os pacientes foram triados para hipertensão (25%), diabetes (10%), depressão (70%) e ansiedade (60%). Foram identificados um total de 176 Problemas Relacionados à Farmacoterapia (PRFs) e 612 Intervenções Farmacêuticas (IFs), com o aconselhamento em saúde (43,5%) e as recomendações de monitoramento (19,1%) sendo as mais frequentes. A aceitação médica para ajustes na terapia ocorreu em 41% dos casos, e a taxa de absenteísmo foi de 38,4%. **Conclusão:** Apesar dos desafios de implementação, o *design* do serviço mostrou-se relevante para configurar e padronizar o processo de estruturação, e o monitoramento farmacoterapêutico revelou-se importante para integrar o cuidado ao paciente em ambientes de saúde pública.

Palavras-chave: cuidado farmacêutico; saúde mental; *design* centrado no usuário; Sistema Único de Saúde.

¹ Universidade do Estado da Bahia. Salvador/BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7743-9722>

² Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5056-1621>

³ Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1650-4460>

⁴ Universidade do Estado da Bahia. Salvador/BA, Brasil <https://orcid.org/0000-0002-8935-6542>

INTRODUÇÃO

Estima-se que 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não recebem serviços de saúde mental de forma efetiva. Estatísticas sobre depressão e ansiedade referem um aumento de mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia da Covid-19¹. No Brasil, dados evidenciaram que a pandemia afetou a saúde mental das pessoas, despontando sintomas de ansiedade e depressão associados a distúrbios do sono².

Com a demanda crescente, uma das principais preocupações é com a quantidade de profissionais de saúde suficientes para a assistência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu uma meta de 1 psiquiatra por 10.000 habitantes em todo o mundo³. Dados até 2022, no Brasil, demonstraram que há 6,51 psiquiatras por 100.000 habitantes, proporcionalmente inferior com relação às recomendações da OMS^{3,4}. Dessa forma, o aumento da demanda em um sistema já sobrecarregado influencia diretamente o aumento da carga global de doenças e contribui para o surgimento de comorbidades.

Nessa perspectiva, é importante a criação de ações e serviços voltados para a área da saúde mental, ainda considerada negligenciada¹. Tendo em vista a importância no manejo da terapia psicotrópica, o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico (AF) torna-se bastante útil. Este serviço tem como intenção a prevenção e solução de problemas da farmacoterapia, a fim de propiciar bons resultados clínicos aos pacientes, reduzir os riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde⁵.

Dessa forma, organizar e implementar os serviços farmacêuticos pode ser uma alternativa para amenizar os problemas da terapia e promover a ampliação da assistência aos pacientes psiquiátricos, principalmente para aqueles atendidos na rede pública. Um método ágil para implementação do AF com qualidade e de forma padronizada é por meio do *Design Thinking*⁶.

Este método é definido como uma prática interdisciplinar que combina habilidades de *design*, gestão e engenharia de processos, com finalidade de melhorar os serviços existentes e inovar para atender expectativas e necessidades dos usuários¹, de modo a tornar os serviços em saúde efetivos e seguros para os pacientes e eficazes para o Sistema Único de Saúde – SUS⁶.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi aplicar a metodologia de *design* de serviço para desenvolver um modelo de Acompanhamento Farmacoterapêutico em um centro ambulatorial público de psiquiatria.

MÉTODO

Local do estudo

Este estudo foi conduzido no Centro de Saúde Mental Aristides Novis (CeSMAN), localizado no município de Salvador, Bahia, que realiza atendimentos a pacientes com sofrimento mental no contexto do SUS. Esse Centro propõe atendimentos multidisciplinares de caráter comunitário, abrangendo a Rede de Atenção Psicossocial, atuando com doenças crônicas, graves e persistentes.

Desenho do estudo e etapas do *design*

Trata-se de um estudo com abordagens qualitativa e quantitativa utilizando conceitos, princípios e ferramentas do *design thinking*, estabelecidos por Schneider e Stickdorn⁶, sendo adaptado e desenvolvido em três etapas: mapeamento, criação e implementação.

Para cada etapa os respectivos objetivos foram descobrir necessidades não atendidas dos usuários; definir, conceituar e projetar serviços que criassem entendimento e solucionassem as

necessidades identificadas e desenvolver e testar um modelo de serviço farmacêutico empregável em um centro ambulatorial de psiquiatria.

O estudo foi realizado entre setembro de 2021 e dezembro de 2022 e teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia sob o nº de parecer 3.978.405/2020 e seguiu as diretrizes dos *Standards for Reporting implementation Studies Statement (STaRI)*⁷.

Etapa de Mapeamento

Na etapa de mapeamento foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os usuários, conduzidas por um farmacêutico. A entrevista seguiu o modelo de consulta farmacêutica, com intuito de obter (a) dados demográficos, (b) conhecimento do paciente sobre sua doença, (c) utilização de medicamentos e (d) situação da condição clínica⁸.

Nesta etapa também foi realizada uma avaliação dos registros clínicos dos pacientes, mediante observações em prontuários⁹, pesquisas na literatura científica de *cases* utilizando o *design thinking*, principalmente relacionados ao desenvolvimento de serviços farmacêuticos, e estudos referentes à incorporação do Acompanhamento Farmacoterapêutico no SUS, além de reuniões entre os membros do projeto e os farmacêuticos do ambulatório.

Estas abordagens, além de contribuírem para descoberta do perfil dos usuários, tiveram o objetivo de verificar a organização e a qualidade dos dados registrados, avaliar o emprego dos dados para a implementação do serviço, identificar o público-alvo e o direcionamento do serviço, com base nas experiências dos profissionais e na procura de assistência pelos usuários, bem como identificar as possíveis limitações para o processo de implementação.

Etapa de Criação

Nesta etapa foi realizada a interpretação da pesquisa documental e das observações de campo, com base na proposta de análise temática de dados qualitativos¹⁰ verificados na etapa de mapeamento. A partir de então essas informações foram discutidas em reuniões com os profissionais de saúde, para desenvolver e priorizar ideias e definir conceitos das práticas, incluindo a definição do método da consulta farmacêutica e os fluxos dos atendimentos.

Etapa de Implementação

Na etapa de implementação o modelo de prática foi testado com os usuários por um período de até 11 meses. Vinte e sete pacientes foram recrutados e realizaram a entrevista inicial de mapeamento. Devido a problemas de locomoção, comunicação e questões econômicas, sete pacientes não puderam continuar com a pesquisa.

As etapas do piloto consistiram nos (1) atendimentos mensais de acompanhamento, (2) atendimento final e (3) análise de indicadores, corroborando os resultados com os dados da primeira entrevista.

Estes resultados foram expressos tendo como base os indicadores propostos pela OMS¹¹ e a partir de resultados anteriores¹², com o intuito de acompanhar o desempenho do serviço. Foram quantificados os atendimentos, o tempo médio das consultas farmacêuticas, as intervenções realizadas, a taxa de não comparecimento, a aceitação médica das intervenções farmacêuticas e a condição de saúde dos pacientes, conforme Quadro 1.

RESULTADOS

Os resultados foram expressos conforme os achados de cada etapa, contudo, como o *design thinking* é considerado uma metodologia não linear, algumas etapas ocorreram de forma simultânea, tornando o processo dinâmico, adaptável e flexível⁶ (Figura 1).

Indicador	Objetivo	Cálculo
Taxa de absenteísmo	Avaliar o não comparecimento dos pacientes aos serviços agendados.	Número total de faltas aos atendimentos (presencial ou remota) agendados, dividido pelo total de atendimentos agendados em um mesmo período.
Tempo médio de consulta farmacêutica e telemonitoramento	Determinar o tempo dedicado do farmacêutico aos pacientes durante a consulta e telemonitoramento.	Média obtida dividindo o total de tempo das consultas/telemonitoramento, pelo número de consultas/telemonitoramento em um determinado período.
Taxa de aceitação médica das IFs	Avaliar a aceitação dos prescritores da Intervenção Farmacêutica com relação à solicitação de ajuste de terapia.	Número total de IFs acatadas pelos prescritores, dividido pelo número total de IFs direcionadas aos prescritores.
Adesão medicamentosa	Avaliar a quantidade de pacientes com baixa adesão à terapia farmacológica.	Número total de formulários com escore MAT < 5 (não adesão), dividido pelo número total de formulários respondidos em um mesmo período.
N.º de PRF identificado por paciente	Avaliar o percentual de PRF identificados pelo serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico.	Número total de PRF identificado, dividido pelo número total de pacientes atendidos em um mesmo período.
N.º de IF identificada por consulta	Avaliar o percentual de IF realizadas pelo serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico.	Número total de IF realizada, dividido pelo número total de consultas em um mesmo período.
Controle da condição de saúde	Avaliar o percentual de pacientes que obtiveram melhora dos parâmetros clínicos, com relação a atendimentos anteriores.	Número total de pacientes que tiveram parâmetros clínicos considerados dentro da normalidade (que em atendimentos anteriores estavam alterados), dividido por número total de parâmetros registrados como inconformes, em um determinado período. Ex.: n.º total de pacientes com PHQ-9 < 10, (que em atendimentos anteriores estavam com PHQ-9 > 10), dividido por n.º total de PHQ-9 > 10.

Quadro 1 – Indicadores para avaliação do serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico realizado em um ambulatório de psiquiatria.

Fonte: Adaptado de WHO (1993); Tewksbury et al. (2018).

Mapeamento

Por meio da observação dos prontuários foi possível identificar a ausência de uma padronização e organização dos registros interprofissionais dos pacientes, mostrando-se necessárias algumas melhorias, incluindo a atualização de informações como históricos precisos sobre a utilização dos medicamentos, registros de problemas de adesão e relatos de reações adversas, ressaltando também a importância de os prontuários estarem disponíveis de forma eletrônica.

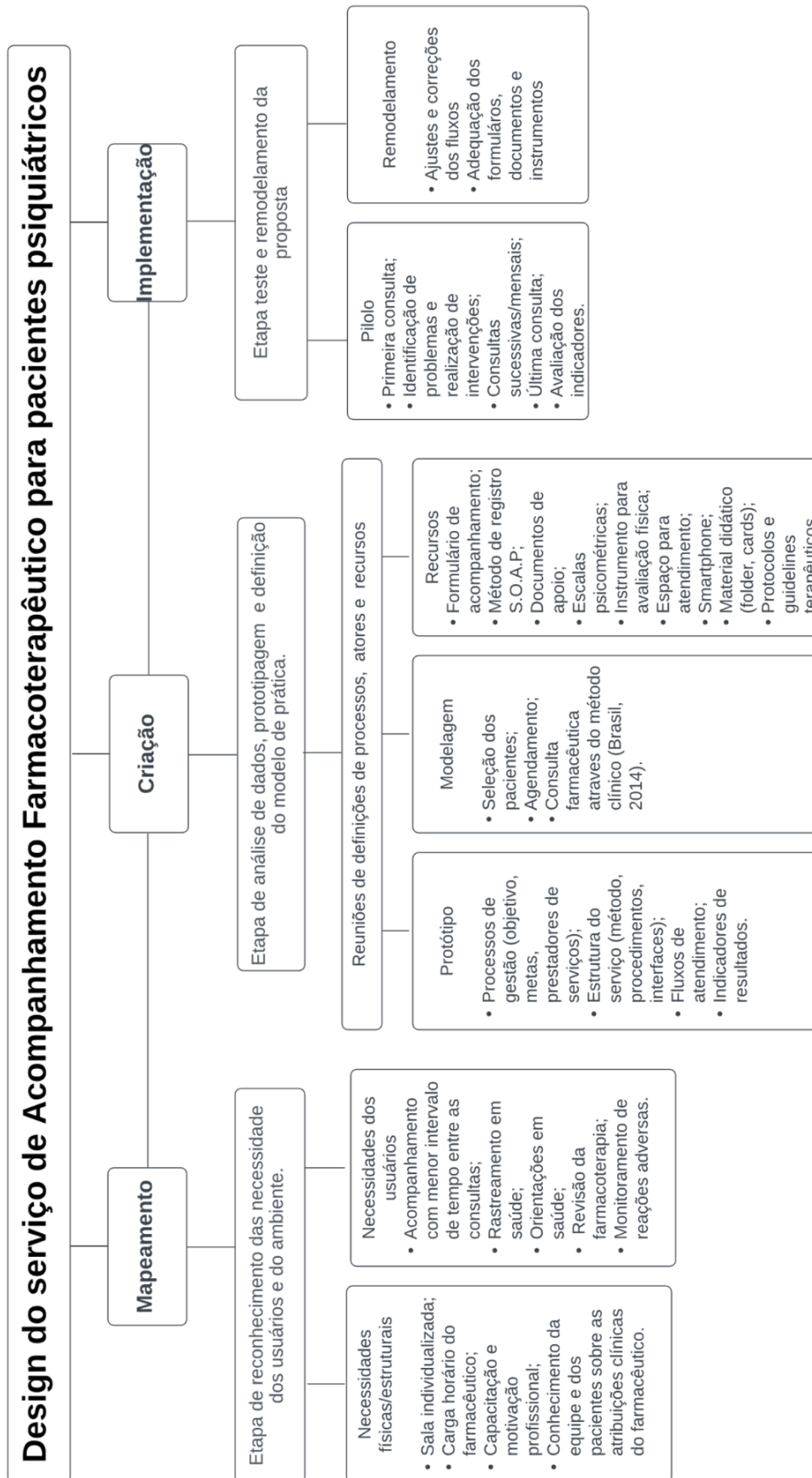


Figura 1 – Estrutura de *design thinking* para o desenvolvimento de um modelo de serviço em Acompanhamento Farmacoterapêutico para pacientes psiquiátricos.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Nas entrevistas iniciais os pacientes (N=27) referiram desconfortos e incômodos devido ao uso dos medicamentos (Tabela 1) e muitos afirmaram não terem sido orientados quanto a essa possibilidade, o que por consequência gerava o abandono do tratamento. Nessa ocasião também foi identificado que a maioria dos pacientes realizava o autogerenciamento da terapia e apresentavam sinais de ansiedade e depressão.

Tabela 1 – Informações sociodemográficas e clínicas identificadas durante a entrevista inicial, (N=27)

Perguntas realizadas durante a entrevista inicial	Resultados n (%)
Sexo*	Feminino 17 (62,9) Masculino 10 (37,1)
Diagnóstico psiquiátrico**	Transtornos esquizofrênicos 9 (33,3) Transtorno afetivo bipolar 4 (14,8) Transtorno depressivo recorrente 3 (11,1) Transtorno esquizoafetivo 2 (7,41) Retardo mental grave 2 (7,41) Sem registro 3 (11,1) Outros transtornos 4 (14,8)
Autonomia na gestão dos medicamentos	Toma medicamentos sem assistência 19 (70,4) Necessita de lembretes ou de assistência 5 (18,5) Incapaz de tomar sozinho 3 (11,1)
Algum dos medicamentos incomoda você?	Sim 17 (63) Não 10 (37)
Está sentindo ou já sentiu algum sintoma nos últimos meses?	Sim 18 (66,6) Não 9 (33,4)
Quais sintomas está sentindo ou já sentiu?	Fadiga/cansaço 10 (16) Dor de cabeça 10 (16) Problemas de sono 9 (14,2) Movimentos involuntários 8 (12,6) Mudança de humor 9 (14,3) Problema gastrointestinal 4 (6,3) Problema sexual 6 (9,5) Tontura/desequilíbrio 7 (11,1)
Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? ^a	Nenhuma vez 6 (22,2) Vários dias 7 (25,9) Mais da metade dos dias 6 (22,2) Quase todos os dias 8 (29,6)
Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva? ^a	Nenhuma vez 4 (14,8) Vários dias 5 (18,5) Mais da metade dos dias 11 (40,7) Quase todos os dias 7 (25,9)
Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a? ^a	Nenhuma vez 14 (51,8) Vários dias 4 (14,8) Mais da metade dos dias 6 (22,2) Quase todos os dias 3 (11,1)

Sente-se nervoso(a), ansioso(a) ou muito tenso (a)?^b	Nenhuma vez 5 (18,5)
	Vários dias 10 (37,0)
	Mais da metade dos dias 3 (11,1)
	Quase todos os dias 9 (33,3)
Dificuldade para relaxar?^b	Nenhuma vez 6 (22,2)
	Vários dias 7 (25,9)
	Mais da metade dos dias 8 (29,6)
	Quase todos os dias 6 (22,2)

* Média de idade, (\pm DP) 44,3, (\pm 10,4); ** média de 10,4 anos de tratamento psicotrópico

^a Perguntas do formulário PHQ-9, respondidas por autorrelato dos pacientes, tendo como parâmetro os últimos 15 dias. ^b Perguntas do formulário GAD-7, respondidas por autorrelato dos pacientes, tendo como parâmetro os últimos 15 dias.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Segundo a análise temática de dados qualitativos, durante as reuniões com a equipe multiprofissional, análise de prontuários, pesquisa científica e entrevista com os pacientes observou-se os termos mais comumente mencionados, como: “baixa adesão”, “regimes complexos da terapia”, “tratamento psicotrópico prolongado”, “reações adversas aos medicamentos”, “inefetividade terapêutica”, “pacientes em uso de muitos medicamentos”, “polifarmácia psicotrópica”, “pacientes com psicoses”, “longo intervalo entre consultas médicas”, “falta de conhecimento sobre a doença e tratamento” e “ausência de diagnóstico”, conforme Figura 2.

Dessa forma, foram compreendidas como necessidades a serem atendidas aos usuários cuidado direcionado para pacientes com transtorno mental grave, atendimentos com menor intervalo de tempo entre as consultas, revisão e otimização da farmacoterapia, orientação e aconselhamentos em saúde, monitoramento de reações adversas e fluxos integrados aos serviços multidisciplinares.

Além da percepção dos usuários, nesta etapa foram observadas limitações para a implementação, como questões de disponibilidade de tempo do farmacêutico, devido à sobrecarga de atribuições administrativas, capacitação dos farmacêuticos da Unidade e adequação estrutural de um espaço físico para a realização dos atendimentos. Os pontos de atenção para a implementação também estavam relacionados com o desconhecimento dos pacientes e da equipe multiprofissional sobre as atividades clínicas do farmacêutico.

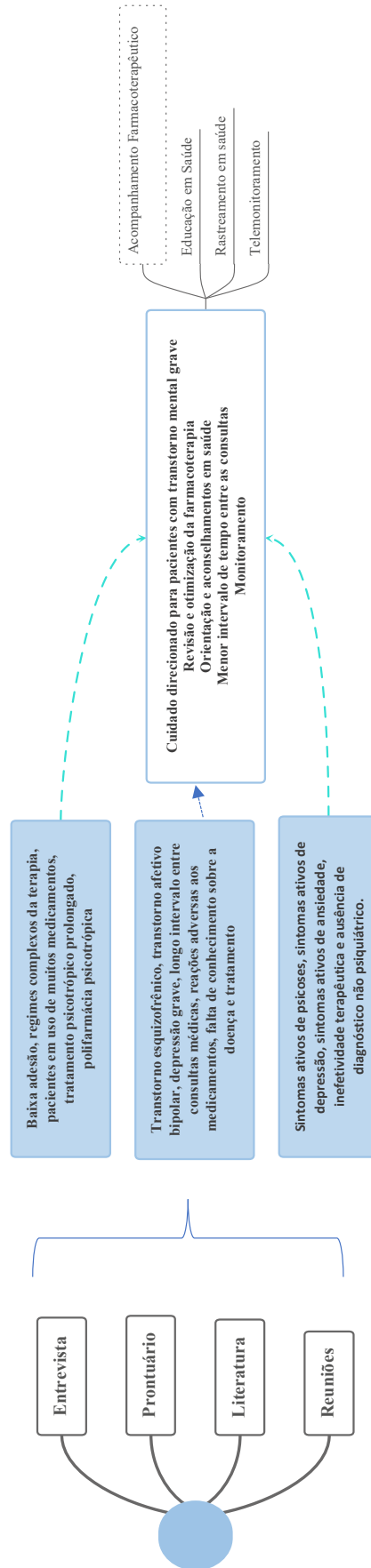


figura 2 – Análise dos dados para a identificação das necessidades dos usuários durante a etapa de mapeamento.

Por meio de entrevistas, análise de prontuário, revisão da literatura e reuniões, identificaram-se situações frequentes enfrentadas pelos usuários. Esses dados proporcionaram um melhor entendimento das necessidades a serem supridas, permitindo assim a definição de estratégias para resolver ou atenuar tais demandas.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Criação

A estruturação desse serviço consistiu na tentativa de atender às necessidades dos pacientes, identificadas na fase de mapeamento. Assim sendo, foi projetada a elaboração de um protótipo que consistiu na representação escrita referente ao gerenciamento do serviço a ser implementado. Incluiu o detalhamento da estrutura necessária à operação dos serviços, a definição do modelo de prática e dos processos de gestão, identificação dos recursos disponíveis e necessários para a implantação e os procedimentos para operação do serviço. Este protótipo foi apresentado a uma equipe composta por representantes da área técnica em saúde mental do município e aos profissionais da unidade ambulatorial. Nesta ocasião foram obtidos *feedbacks* oportunos para refinar a proposta e adequá-la conforme as necessidades dos usuários.

Desse modo, o fluxo do serviço foi idealizado segundo a sequência de ações: (1) seleção dos pacientes, (2) agendamentos, (3) consulta farmacêutica e (4) monitoramento.

O público-alvo consistiu, preferencialmente, em pacientes com transtorno mental grave, com problemas de adesão medicamentosa, polifarmácia, presença de reações adversas ou pacientes com incompreensão sobre a utilização dos medicamentos. A seleção foi planejada para ser realizada por busca ativa, encaminhamentos pela equipe multidisciplinar ou por demanda espontânea. Os agendamentos poderiam ser por contato remoto ou de forma presencial. Para as consultas de retorno o fluxo seguiu o atendimento inicial e poderiam também ser agendadas ao final de cada atendimento.

O AF foi modelado conforme o método clínico do Ministério da Saúde⁸, seguindo as etapas de: anamnese farmacêutica, identificação e avaliação de problemas relacionados à farmacoterapia, elaboração de um plano de cuidado, registros da assistência em prontuário, consultas sucessivas para continuidade do cuidado e critérios de avaliação mediante indicadores de processo e clínico (Figura 3).

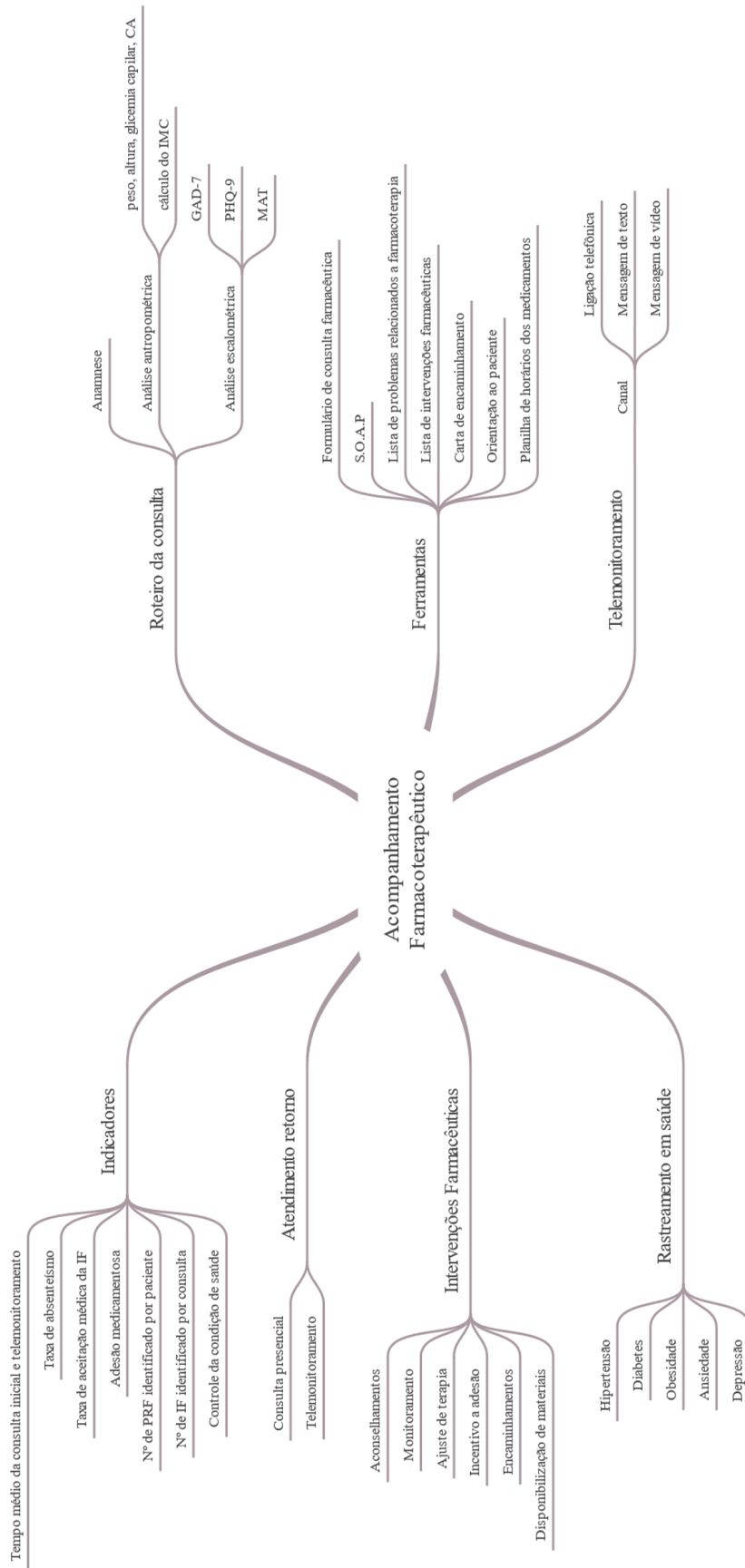


Figura 3 – Modelo de prática do Acompanhamento Farmacoterapêutico desenvolvido para um ambulatório de psiquiatria.

Mapa mental referente ao modelo praticado do Acompanhamento Farmacoterapêutico em um ambulatório psiquiatria.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Na anamnese, além dos dados sociodemográficos, história pregressa e atual da condição de saúde e a relação com a utilização de medicamentos, foram utilizadas outras fontes de informações, como relatos dos familiares/cuidadores, profissionais de saúde e dados dos prontuários. Os PRFs potenciais ou que estavam sendo vivenciados pelo paciente, bem como as intervenções farmacêuticas, foram classificados, de acordo com uma lista, contida no formulário padronizado para consulta farmacêutica⁸.

O cuidado farmacêutico foi documentado e disponibilizado no prontuário dos pacientes por meio do método S.O.A.P (subjetivo, objetivo, avaliação e plano)¹³. Além disso, foi necessário padronizar outras ferramentas para o modelo de prática, como cartas de encaminhamentos, lista com orientações ao paciente, calendário posológico dos medicamentos e materiais didáticos como fôlder e cards.

O serviço de rastreamento em saúde foi introduzido para realizar a triagem de algumas condições clínicas. Assim sendo, foram inseridas no roteiro da consulta presencial a aferição de pressão arterial, avaliação antropométrica (medidas de peso, altura, circunferência abdominal e o cálculo do Índice de Massa Corpórea – IMC), glicemia capilar e a avaliação escalométrica de sintomas de ansiedade e depressão, bem como da adesão medicamentosa.

Para triagem da ansiedade foi inserido o instrumento de medida escalométrica, Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7), que além de realizar a triagem, classifica a gravidade da ansiedade¹⁴; O Questionário Sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9) foi utilizado para avaliar a depressão¹⁵. Também foi empregado o instrumento de Medida da Adesão Medicamentosa, para avaliação da adesão à terapia psicotrópica¹⁶.

Para resolver a demanda do intervalo de tempo entre as consultas de retorno, foi estruturada a integração do serviço de telemonitoramento, que foi idealizado para ser oferecido de forma mensal. O telemonitoramento ocorreu a partir de ligação telefônica, videochamada e mensagem de texto pelo aplicativo de troca de mensagens *WhatsApp*.

Além de auxiliar na redução da espera para atendimento clínico, o telemonitoramento teve o propósito de monitorar as queixas dos pacientes, de modo a garantir a segurança e a efetividade da terapia farmacológica. Assim entendido, novos PRFs puderam ser identificados e novas intervenções foram necessárias, representando um processo cíclico e contínuo para alguns pacientes.

Implementação

Por meio do piloto, com o seguimento de 20 pacientes, maioria do sexo feminino (60%), média de 43,8 ($\pm 11,4$) anos. Os diagnósticos mais frequentes estavam classificados como Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (CID: F20 a F29), com 50%, seguido dos Transtornos de humor [afetivos] (CID: F30 a F39), com 35%. Foi realizado um total de 114 atendimentos, dos quais 67,5% (n=77) remotos e 32,5% (n= 37) presenciais, com taxa de absenteísmo em torno de 38,2%. O tempo médio por consulta foi de 53 minutos para consulta inicial e presencial (variando de 30 a 85 minutos) e de 11 minutos para as ligações por chamada de voz (variando de 6 a 20 minutos).

Na triagem das condições clínicas observou-se que 25% dos pacientes em acompanhamento apresentaram pressão arterial acima de 140-90 mmHg, 10% glicemia capilar acima de 140 mg/dL, 70% com IMC acima de 25,0 kg/m², evidenciando sobrepeso ou obesidade, 70% com sintomas de depressão e 60% sintomas de ansiedade. Destaca-se que estes pacientes não relataram ou desconheciam o diagnóstico prévio de hipertensão e diabetes.

No período do estudo foi identificado um total de 176 PRFs, média de 8,8 ($\pm 2,23$) por paciente, os mais frequentes relacionados a problemas de seleção e prescrição (43,2%;n=76), seguidos da administração e adesão pelo paciente (17,6%;n=31) e monitoramento (15,3%;n=27). O total de IF foi de 612, com uma média de 5,4 ($\pm 2,85$) por atendimento, entre estas o aconselhamento em saúde

(43,5%) foi o mais frequente, seguido da recomendação de monitoramento (19,1%) e incentivo à adesão (15,4%). A sugestão para ajuste de terapia correspondeu a 9,8% das IFs e teve 41% de aceitação pelos prescritores.

A não adesão medicamentosa estava presente em 75% dos pacientes atendidos na consulta inicial e 30% na última consulta. O controle dos sintomas ansiosos e depressivos esteve presente em 57% e 28% dos pacientes, respectivamente, comparando os valores das escalas GAD-7 e PHQ-9 entre a primeira e a última consulta farmacêutica.

DISCUSSÃO

A situação de saúde da população brasileira e o cenário atual do SUS impõem desafios aos gestores e profissionais da área da saúde para garantir a integralidade do cuidado. Tendo em consideração que a assistência farmacêutica visa a assegurar o acesso da população aos medicamentos a partir da promoção do uso correto deles¹⁷, torna-se fundamental discutir o papel do farmacêutico clínico de forma organizada e integrada, nas demandas de saúde da população brasileira. Sendo assim, este artigo relata o processo de implementação de um serviço de AF em um ambulatório psiquiátrico, utilizando a metodologia do *design thinking*, em que foi possível planejar e desenvolver um modelo de prática centrado nos pacientes com transtornos mentais graves.

Com base nas etapas deste estudo foi identificada a necessidade de um serviço individualizado para rastrear determinadas condições clínicas, fornecer informações e orientações sobre saúde, bem como atender os pacientes com menor intervalo de tempo possível e de forma regular. Nesse sentido, é relevante salientar tanto as atividades potencialmente favoráveis quanto as fragilidades para a implementação do referido serviço.

No que tange às atividades potencialmente favoráveis, destaca-se a possibilidade de oferecer um acompanhamento personalizado e direcionado às condições clínicas específicas de pacientes com transtorno mental grave. Nesse sentido, o telemonitoramento foi relevante para a ampliação dos atendimentos, possibilitando acompanhar a manifestação dos sintomas e reações adversas dos pacientes. Um estudo evidenciou que o serviço remoto é uma ferramenta importante para alcançar resultados positivos em saúde, tais como melhorias na qualidade do atendimento, aumento da satisfação dos pacientes e o incremento da eficiência e produtividade no ambiente de trabalho¹⁸.

Por meio desse estudo foram observadas alterações de parâmetros clínicos na pressão arterial, glicemia, peso e sintomas psiquiátricos dos pacientes atendidos, evidenciando a ausência de diagnóstico, falta de acompanhamento, falha terapêutica e/ou baixa adesão às terapias. Os usuários que participaram da entrevista, quando ausente o diagnóstico, referiam desconhecer a condição prévia. O rastreamento para as condições relacionadas à saúde mental, pelo farmacêutico, ainda é incipiente, há poucas investigações em torno do impacto nos desfechos clínicos e na avaliação econômica, sendo importante a ampliação de estudos nessa área¹⁹. Nesse sentido, os resultados do piloto, associados aos achados da literatura, contribuem para reforçar essa prática na estruturação do cuidado farmacêutico no CeSMAN.

Uma das principais ações realizadas durante o AF foi o aconselhamento e orientação de informações relacionadas à doença, uso racional de medicamentos e hábitos mais saudáveis. Apesar de evidências relacionarem o pouco conhecimento dos pacientes sobre o seu diagnóstico e tratamento com a baixa adesão medicamentosa²⁰, observamos que os usuários não tinham conhecimentos específicos, o que influenciava diretamente na evolução negativa da doença. Dessa forma, os profissionais da área têm a responsabilidade de identificar essa necessidade e fornecer informações adequadas e seguras, considerando que a educação em saúde é um direito básico dos pacientes²¹.

Os resultados positivos na identificação e resolução de problemas que envolvem condutas terapêuticas, bem como impactos positivos no manejo clínico, também foram considerados potenciais. A partir do acompanhamento-piloto foi possível identificar uma média de PRF em torno de 8,8 por paciente. Está próximo ao encontrado em estudos envolvendo idosos²² e superior ao estudo realizado com pacientes cardiovasculares²³. Diferenças na metodologia do estudo, perfil clínico de pacientes e formas de classificação dos PRFs podem justificar estas discordâncias.

Com relação às IFs, os aconselhamentos foram os mais frequentes e corresponderam a 43,5%. Essa mesma classificação também foi a mais frequente (33,5%), verificada no estudo que avaliou pacientes com tuberculose²⁴. Uma possível hipótese para esses achados deve-se ao desconhecimento dos pacientes com relação a diagnóstico, tratamento e assuntos referentes à saúde, como discutido anteriormente.

A respeito dos achados clínicos foi percebido aumento da adesão medicamentosa durante o acompanhamento. O aumento da adesão de 82,9% foi evidenciado em um estudo envolvendo pacientes psiquiátricos²⁵. Com relação às condições psiquiátricas, 57% e 28% dos pacientes apresentaram atenuação dos sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente. Indicadores similares foram verificados em estudos anteriores e evidenciaram diminuição da gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão, reforçando a potencialidade das atividades clínicas do farmacêutico²⁶.

No que se refere a fragilidades, foi observada baixa aceitação médica (41%) no acato das sugestões para mudança da terapia. Estudos anteriores verificaram aceitação de 98,2%²⁷ e 90,3%²⁸, refletindo uma maior conscientização dos prescritores sobre a prática farmacêutica. Esse baixo resultado pode estar relacionado ao fato de o serviço ser novo e ao desconhecimento da equipe sobre as atividades clínicas dos farmacêuticos. É importante ressaltar que durante o período do estudo o ambulatório aderiu a greves, substituições de médicos e afastamentos, período da pandemia de Covid-19, o que dificultou as discussões de casos clínicos, limitando a interação com os prescritores.

Outro indicador que se mostrou frágil e merece atenção é a elevada taxa de absenteísmo. Discussões anteriores ressaltaram questões envolvendo a estrutura do serviço, condições físicas e financeiras dos pacientes, esquecimentos, além de uma sensação de melhora aparente dos sintomas vivenciados pelos usuários²⁹.

As fragilidades para a implementação também foram verificadas pela ausência de uma sala/ consultório farmacêutico adequada para prestação do cuidado, disponibilidade de tempo dos farmacêuticos em decorrência das atribuições administrativas, ausência de prontuário eletrônico e principalmente a falta de capacitação dos profissionais, incluindo farmacêuticos e profissionais de apoio técnico.

No Brasil, fatores similares foram encontrados, além das dificuldades estruturais e atribuições administrativas dos farmacêuticos, reiteram falta de apoio da gestão na unidade de saúde, desconhecimento de outros profissionais, desinteresse do próprio farmacêutico e sobrecarga de trabalho³⁰.

Outra dificuldade encontrada foi a falta de prontuário eletrônico. Estudos relatam o impacto positivo da disponibilização eletrônica para segurança do paciente, como no compartilhamento de condutas multiprofissionais, no manejo da doença e de cuidados preventivos e a melhoria na qualidade do cuidado³¹. Nesse sentido, é estratégico que os gestores priorizem essa demanda e promovam a substituição dos prontuários manuais para os eletrônicos, garantindo maior segurança e agilidade no manuseio das informações dos pacientes.

Devido ao processo inicial de implementação não foi possível, até o momento da escrita deste artigo, integrar os serviços farmacêuticos aos demais oferecidos pelo ambulatório. Essa estratégia é benéfica para os pacientes, uma vez que possibilita uma maior resolutividade das situações em saúde, abrangendo as áreas médica, farmacêutica e social. À medida que o processo progride, espera-se um avanço na direção de fluxos assistenciais mais efetivamente integrados.

No que se refere aos desafios, a implementação do cuidado farmacêutico tem sido uma estratégia que contribui para o estímulo da educação em saúde e para uma prática assistencial mais acessível à população, fortalecendo o SUS, estimulando a qualificação dos serviços, promovendo maior integração entre a equipe multidisciplinar e aumentando o acesso da população à saúde de qualidade. Ainda há, no entanto, desafios a serem resolvidos, portanto estudos envolvendo análise econômica, impactos na saúde e na qualidade de vida dos pacientes são necessários para reforçar a importância deste serviço.

CONCLUSÃO

A implementação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutico em um ambulatório psiquiátrico público, utilizando a metodologia do *design thinking*, representa um passo significativo na busca por uma assistência integral e de qualidade para os pacientes com transtornos mentais graves. Ao longo deste estudo identificamos a necessidade premente de um cuidado individualizado e regular, visando ao monitoramento eficaz das condições clínicas específicas desses pacientes.

Os resultados obtidos revelam tanto as potencialidades quanto as fragilidades desse modelo. Destacamos a importância do telemonitoramento na ampliação do acesso aos cuidados de saúde, assim como o benefício das intervenções farmacêuticas na melhoria da adesão medicamentosa e na atenuação dos sintomas psiquiátricos.

Por outro lado, enfrentamos desafios, como a baixa aceitação médica das sugestões de mudança terapêutica, a elevada taxa de absenteísmo dos pacientes e a falta de estrutura adequada para a prestação do cuidado farmacêutico. É fundamental superar essas barreiras por meio de investimentos em capacitação profissional, melhoria da infraestrutura e integração dos serviços farmacêuticos com os demais oferecidos pelo ambulatório.

Apesar das dificuldades encontradas, a implementação do cuidado farmacêutico representa um avanço na promoção da saúde mental e na qualificação dos serviços de saúde pública. Além disso, ressalta-se a necessidade de estudos adicionais para avaliar o impacto econômico, clínico e na qualidade de vida dos pacientes, a fim de fortalecer a importância desse serviço no contexto do SUS.

REFERÊNCIAS

- ¹ WHO. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022.
- ² Barros MB de A, Lima MG, Malta DC, Szwarzwald CL, Azevedo RCS de, Romero D, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. Epidemiol Serv Saúde. 2020;29.
- ³ Shields G, Roger NG, Ventriglio A, Castaldelli-Maia J, Torales J, Bhugra D. WPA Position Statement on Recruitment in Psychiatry. World Psychiatry. 2017;16(1):113-114.
- ⁴ Scheffer M, Guilloux AGA, Miotto BA, Almeida CJ, Guerra A, Cassenote A. et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo, SP: FMUSP: AMB; 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.
- ⁵ Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília; 2016, 200 p.: il. ISBN 978-85-89924-20-7.
- ⁶ Schneider J, Stickdorn M. Isto é design Thinking de serviços: fundamentos, ferramentas, casos. 1. ed., Porto Alegre: Bookman; 2014.
- ⁷ Pinnock H, Barwick M, Carpenter CR, Eldridge S, Grandes G, Griffiths CJ, et al. Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) Statement. BMJ; 6 mar. 2017;356:i6795.
- ⁸ Brasil. Cuidado farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Ministério da Saúde. Brasília; 2014; 308 p.: il. ISBN 978-85-334-2198-1.
- ⁹ Jamshed S. Qualitative research method-interviewing and observation. J Basic Clin Pharm. 2014;5(4):87-48.

- ¹⁰ Wæraas A. Thematic Analysis: Making Values Emerge from Texts. Springer International Publishing; 2022. [citado 2023 maio 15]. p. 153-170. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-90769-3_9
- ¹¹ World Health Organization. Action Programme on Essential Drugs and Vaccines. C'omo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud : indicadores seleccionados del uso de medicamentos. 1993; (WHO/DAP/93.1). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59311>. Acesso em: 3 abr. 2023.
- ¹² Tewksbury A, Bozymski KM, Ruekert L, Lum C, Cunningham E, Covington F. Development of Collaborative Drug Therapy Management and Clinical Pharmacy Services in an Outpatient Psychiatric Clinic. *J Pharm Pract.* 2018;31(3):272-278.
- ¹³ Socrates V, Gilson A, Lopez K, Chi L, Taylor RA, Chartash D. Predicting relations between SOAP note sections: The value of incorporating a clinical information model. *J Biomed Inform.* 2023;141:104360.
- ¹⁴ Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Ann Intern Med.* 2007;146(5):317-325.
- ¹⁵ Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP de, Silva NTB da, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(8):1533-1543.
- ¹⁶ Borba L de O, Capistrano FC, Ferreira ACZ, Kalinke LP, Mantovani M de F, Maftum MA. Adaptation and validation of the Measuring of Treatment Adherence for mental health. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 5):2243-2250.
- ¹⁷ Moraes RM de, Santos MAB dos, Vieira FS, Almeida RT de. Public policy coverage and access to medicines in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2022;56.
- ¹⁸ Alhmoud E, Al Khiyami D, Barazi R, Saad M, Al-Omari A, Awaisu A, et al. Perspectives of clinical pharmacists on the provision of pharmaceutical care through telepharmacy services during COVID-19 pandemic in Qatar: A focus group. *PLoS One.* 2022;17(10).
- ¹⁹ Miller P, Newby D, Walkom E, Schneider J, Li SC. Depression screening in adults by pharmacists in the community: a systematic review. *Int J Pharm Pract.* 2020;28(5):428-440.
- ²⁰ Chauke GD, Nakwafila O, Chibi B, Sartorius B, Mashamba-Thompson T. Factors influencing poor medication adherence amongst patients with chronic disease in low-and-middle-income countries: A systematic scoping review. *Heliyon.* 2022;8(6).
- ²¹ Birhanu Z, Abamecha F, Berhanu N, Dukessa T, Beharu M, Legesse S, et al. Patients' healthcare, education, engagement, and empowerment rights' framework: Patients', caretakers' and health care workers' perspectives from Oromia, Ethiopia. *PLOs ONE.* 2021;16(8).
- ²² Stuhec M, Bratović N, Mrhar A. Impact of clinical pharmacist's interventions on pharmacotherapy management in elderly patients on polypharmacy with mental health problems including quality of life: A prospective non-randomized study. *Sci Rep.* 2019;9(1):16856.
- ²³ Seid E, Engidawork E, Alebachew M, Mekonnen D, Berha AB. Evaluation of drug therapy problems, medication adherence and treatment satisfaction among heart failure patients on follow-up at a tertiary care hospital in Ethiopia. *PLOs ONE.* 2020;15(8).
- ²⁴ Pereira da Silva I, Inahê Marques L, Moraes Penha R, Guimarães Polisel C. Problemas relacionados à farmacoterapia e intervenções farmacêuticas em indivíduos com tuberculose. *RBPS.* 2020;22(1):60-70.
- ²⁵ Harms M, Haas M, Larew J, DeJongh B. Impact of a mental health clinical pharmacist on a primary care mental health integration team. *Ment Health Clin* 2017;7(3):101-105.
- ²⁶ McCarthy C, Thomas Bateman Jr. M. Impact of pharmacist-led chronic disease management in a Federally Qualified Health Center. *J Am Coll Clin Pharm.* 2022;5(12):1263-1277.
- ²⁷ Al Rahbi HAM, Al-Sabri RM, Chitme HR. Interventions by pharmacists in out-patient pharmaceutical care. *Saudi Pharm J.* 2014;22(2):101-106.
- ²⁸ Morgado Junior B, Abreu-Pereira CA, Ponce MAZ, Pagliuso RDG, Santos AMJ, Simone ALM. Outpatient pharmaceutical office: access to medicines in public health. *Braz. J. Pharm. Sci.* 2023;59.
- ²⁹ Lara-Júnior CR, Ahouagi AE de O, Pinto IVL, Braga DG, Andrade TR, Ramalho-de-Oliveira D, et al. Implementation and Effectiveness of a Pharmacotherapeutic Follow-Up Service for People with Tuberculosis in Primary Healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(21).
- ³⁰ Santos Júnior GAD, Ramos SF, Pereira AM, Dosea AS, Araújo EM, Onozato T, et al. Perceived barriers to the implementation of clinical pharmacy services in a metropolis in Northeast Brazil. *PLoS One.* 2018;13(10).
- ³¹ Cerqueira Santos S, Boaventura TC, Rocha KSS, de Oliveira Filho AD, Onozato T, de Lyra DPJ. Can we document the practice of dispensing? A systematic review. *J Clin Pharm Ther.* 2016;41(6):634-644.

Submetido em: 17/8/2023

Aceito em: 7/3/2024

Publicado em: 18/9/2024

Contribuições dos autores

Camila da Silva Lima: Conceituação, análise formal, investigação, metodologia, *design* de apresentação de dados, redação do manuscrito original, redação – revisão e edição.

Joslene Lacerda Barreto: Conceituação, administração do projeto, disponibilização de ferramentas, supervisão.

Max Denisson Maurício Viana: Conceituação, supervisão.

Izabel Almeida Alves: Conceituação, análise formal, supervisão, validação de dados e experimentos, *design* de apresentação de dados, redação – revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Não possui financiamento.

Autor correspondente

Camila da Silva Lima

Universidade do Estado da Bahia

R. Silveira Martins, 2555 – Cabula, Salvador/BA, Brasil. CEP 41150-000

mila.lima@gmail.com

Editora: Dra. Christiane de Fátima Colet

Editora-chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído
sob os termos da licença Creative Commons.

