

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

CADERNO 2:

Capacitação para Implantação dos
Serviços de Clínica Farmacêutica

Brasília - DF
2014



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

CADERNO 2:

Capacitação para Implantação
dos Serviços de Clínica
Farmacêutica



Brasília - DF
2014

2014 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2014 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e
Insumos Estratégicos
Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica
SCN, Quadra 2, Projeção C, 1º andar, sala 108
CEP: 70712-902 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/qualifarsus
E-mail: qualisus.cuidado@saude.gov.br

Organização:

Karen Sarmiento Costa
José Miguel do Nascimento Júnior
Orlando Mário Soeiro
Maria Ondina Paganelli
Cassyano Januário Correr

Coordenação:

Karen Sarmiento Costa
Maria Ondina Paganelli
Orlando Mário Soeiro

Elaboração:

Cassyano Januário Correr
Michel Fleith Otuki
Flávia Ludimila Kavalec Baitello
Rangel Ray Godoy
Thais Teles de Souza

Colaboração:

Orlando Mário Soeiro
Maria Ondina Paganelli

Apoio financeiro:

Ministério da Saúde e Banco Mundial

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação: Renato Carvalho

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
308 p. : il. (Cuidado farmacêutico na atenção básica ; caderno 2)

ISBN 978-85-334-2198-1

1. Atenção Básica à Saúde. 2. Assistência Farmacêutica. 3. Promoção à saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614.39:615.1

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0614

Títulos para indexação:

Em inglês: Training for implantation of pharmaceutical clinical services

Em espanhol: Capacitación para implantación de los servicios de clínica farmacéutica

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo de capacitação para o serviço de clínica farmacêutica na Atenção Básica à Saúde -----	45
Figura 2 – Níveis hierárquicos das evidências científicas -----	52
Figura 3 – Fluxo de atividades do serviço de clínica farmacêutica -----	74
Figura 4 – Roteiro da consulta farmacêutica -----	75
Figura 5 – Prontuário do serviço de clínica farmacêutica – Perfil do paciente ----	84
Figura 6 – Prontuário de serviço de clínica farmacêutica – História Social ---	86
Figura 7 – Exemplos de cálculos de anos/maço -----	89
Figura 8 – Parte do prontuário do serviço de clínica farmacêutica – História clínica-----	92
Figura 9 – Escalas Visuais Analógicas (EVA) para avaliação da percepção geral de saúde (PGS) do paciente-----	98
Figura 10 – Escalas Visuais Analógicas (EVA) para avaliação da qualidade de vida (QV) do paciente -----	99
Figura 11 – Registro da avaliação da percepção geral de saúde e da qualidade de vida do paciente-----	99
Figura 12 – Prontuário do serviço de clínica farmacêutica – farmacoterapia atual-----	100
Figura 13 – Prontuário do serviço de clínica farmacêutica – adesão ao tratamento -----	105
Figura 14 – Prontuário do serviço de clínica farmacêutica – rastreamento de reações adversas -----	106
Figura 15 – Prontuário do serviço de clínica farmacêutica – dificuldades do paciente com seus medicamentos -----	108

Figura 16	– Prontuário do serviço de clínica farmacêutica – terapias alternativas --	110
Figura 17	– Prontuário do serviço de clínica farmacêutica – alergias-----	111
Figura 18	– Prontuário do serviço de clínica farmacêutica – acesso aos medicamentos -----	111
Figura 19	– Definição dos seis processos da farmacoterapia (6 Ps)-----	115
Figura 20	– Conteúdo do aconselhamento sobre medicamentos ao paciente, em seis pontos -----	127
Figura 21	– Modelo de calendário para organização dos horários de medicação e orientação do paciente -----	128
Figura 22	– Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9) -----	196
Figura 23	– Fases do tratamento do episódio depressivo -----	200

Lista de Quadros

Quadro 1	– Roteiro para agendamento dos pacientes para as consultas -----	40
Quadro 2	– Estratégias pedagógicas vinculadas ao modelo de capacitação do serviço de clínica farmacêutica na Atenção Básica à Saúde --	46
Quadro 3	– Atividade estudo dirigido: Saúde Baseada em Evidências 1 ----	53
Quadro 4	– Atividade estudo dirigido: Saúde Baseada em Evidências 2 ----	54
Quadro 5	– Atividade estudo dirigido Farmacologia 1 -----	56
Quadro 6	– Atividade estudo dirigido Farmacologia 2 -----	57
Quadro 7	– Exemplo de cronograma de encontro presencial -----	59
Quadro 8	– Sugestões de instruções para simulação de atendimento -----	60

Quadro 9	– Exemplo de cronograma de encontro presencial 2 -----	66
Quadro 10	– Exemplo de estruturação de atividade de Curame -----	67
Quadro 11	– Interpretação dos Resultados de Índice de Massa Corporal (IMC)-----	85
Quadro 12	– Exemplo de registro do consumo de bebidas alcoólicas, de tabaco e da prática de exercícios físicos -----	87
Quadro 13	– Unidades de álcool em cada dose de bebida -----	88
Quadro 14	– Exemplo de como preencher hábitos alimentares/rotina -----	90
Quadro 15	– Exemplo de preenchimento dos problemas de saúde/queixas---	94
Quadro 16	– Elementos que compõem a História da Doença Atual (HDA) --	96
Quadro 17	– Exemplos de como preencher a rotina de medicação do paciente-----	102
Quadro 18	– Exemplo de como preencher o registro dos incômodos ocasionados pelos medicamentos -----	107
Quadro 19	– Exemplo de preenchimento da triagem de sintomas que podem ser causados por medicamentos, a ser realizada como parte da avaliação da farmacoterapia atual do paciente-----	108
Quadro 20	– Exemplo de preenchimento da triagem sobre dificuldades do paciente com seus medicamentos, a ser realizada como parte da avaliação da farmacoterapia atual do paciente-----	109
Quadro 21	– Exemplo de preenchimento das terapias alternativas e complementares, a ser realizado como parte da avaliação da farmacoterapia atual do paciente -----	110
Quadro 22	– Exemplo de preenchimento do histórico de alergias, a ser realizado como parte da avaliação da farmacoterapia atual do paciente.-----	111
Quadro 23	– Lista de problemas relacionados à farmacoterapia -----	117
Quadro 24	– Lista de intervenções farmacêuticas-----	122
Quadro 25	– Perguntas para explorar o conhecimento do paciente -----	125
Quadro 26	– Lista de intervenções farmacêuticas – exemplo -----	130
Quadro 27	– Componentes de um parecer farmacêutico -----	134
Quadro 28	– Evolução em prontuário (SOAP)-----	135
Quadro 29	– Resultados das intervenções anteriores -----	137

Quadro 30 – Lista de intervenções farmacêuticas – preenchidas -----	138
Quadro 31 – Indicações para realização da MRPA -----	168
Quadro 32 – Instruções ao paciente para realizar a MRPA-----	170
Quadro 33 – Critérios de identificação de pacientes com alto risco de eventos coronarianos (Fase 1) -----	187
Quadro 34 – Fatores agravantes de risco -----	192
Quadro 35 – Exemplo de preenchimento de um caso de hiperlipidemia----	193
Quadro 36 – Escores PHQ-9 e condutas propostas-----	199

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Exemplo de MRPA preenchida e a interpretação do seu resultado ---	171
Tabela 2 – Horários para realização da glicemia capilar e metas terapêuticas --	176
Tabela 3 – Diário glicêmico de uma semana -----	177
Tabela 4 – Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos -----	185
Tabela 5 – Metas lipídicas de acordo com o risco cardiovascular -----	186
Tabela 6 – Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global para mulheres-----	188
Tabela 7 – Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global para homens -----	190
Tabela 8 – Interpretação do Escore Total do PHQ-9 -----	198

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- Aine** – Anti-inflamatório não esteroide
- Ampa** – Automedida da Pressão Arterial
- BMQ2** – *Beliefs About Medications Questionnaire*
- BMQ** – *Brief Medications Questionnaire*
- CON** – Controlado
- CT** – Colesterol Total
- CUR** – Curado
- Curames** – Comitês de Uso Racional de Medicamentos
- CV** – Cardiovascular
- DES** – Desconhecido
- DM** – Diabetes *mellitus*
- Dpoc** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- DRGE** – Doença do Refluxo Gastroesofágico
- DSLp** – Dislipidemia
- Dx** – Diagnóstico
- ER** – Escore do Risco
- EVA** – Escalas Visuais Analógicas
- Fev** – Fração de ejeção do ventrículo esquerdo

GJ – Glicemia em jejum
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HBA1c – Hemoglobina Glicada
HD – Hora de dormir
HDA – História da doença atual
HF – Hipercolesterolemia Familiar
ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC – Índice de Massa Corporal
ITB – Índice tornozelo-braquial
Merm – Morbidade Evitável Relacionada a Medicamentos
MPA – Melhora parcial
MPIs – Medicamentos Potencialmente Inadequados
MRPA – Medida Residencial da Pressão Arterial
NA – Não aplicável
NCO – Não controlado
NNT – Número necessário para tratar
OR – *Odds Ratio*
PA – Pressão Arterial
PAD – Pressão Arterial Diastólica
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PGS – Percepção geral de saúde
PHQ – *Patient Health Questionnaire*
PPA – Piora Parcial
QV – Qualidade de vida
QVRS – Qualidade de vida relacionada à saúde
Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RR – Risco Relativo
SAD – Sob avaliação diagnóstica

SBE – Saúde Baseada em Evidências

SN – Se necessário

START – *Screening Tool to Alert Doctors to the Right Treatment*

STOPP – *Screening Tool of Older Persons's Prescriptions*

TG – Triglicerídeos

TOTG – Teste Oral de Tolerância à Glicose

TSH – Hormônio tireoestimulante

Tx – Tratamento

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	13
Prefácio.....	17
Parte 1: O cuidado farmacêutico	21
— 1.1 Bases para a construção de um serviço de clínica farmacêutica	21
— 1.2 A comunicação do farmacêutico com o paciente e a equipe de saúde	29
— 1.3 A identificação e agendamento dos pacientes	32
Parte 2: Proposta pedagógica de capacitação profissional para o serviço de clínica farmacêutica	43
— 2.1 Desenho dos objetivos de aprendizagem.....	47
— 2.2 Primeira etapa do processo de capacitação: realização de estudo dirigido	49
— 2.3 Capacitação para início do serviço de clínica farmacêutica.....	58
Parte 3: Aplicando o método clínico ao cuidado farmacêutico	73
— 3.1 Roteiro da consulta farmacêutica	74
— 3.2 Coleta e análise dos dados de perfil do paciente.....	83
— 3.3 Coleta e análise da história social	85
— 3.4 Avaliação dos problemas de saúde do paciente e o estado clínico atual.....	91
— 3.5 Avaliação da percepção geral de saúde e da qualidade de vida dos pacientes	97

3.6 Avaliação da história farmacoterapêutica do paciente	99
3.7 Avaliação dos problemas relacionados à farmacoterapia	113
3.8 Elaboração do plano de cuidado	121
3.9 Registro no prontuário da unidade de saúde: modelo SOAP	134
3.10 Acompanhamento do paciente: consultas de retorno	136

Parte 4: Ferramentas e instrumentos para o cuidado farmacêutico-- 141

4.1 Formulário padronizado para realização da consulta farmacêutica (prontuário)	143
4.2 Modelo de lista de medicamentos a ser entregue ao paciente	163
4.3 Instrumento para avaliação da adesão ao tratamento, considerando as crenças, as necessidades e as preocupações do paciente	164
4.4 Monitoramento residencial da pressão arterial (MRPA)	167
4.5 Diário glicêmico e monitorização da glicemia capilar	174
4.6 Estratificação do risco cardiovascular e definição de metas terapêuticas em pacientes com dislipidemia	179
4.7 Instrumento para avaliação da depressão: PHQ 9	194
4.8 Instrumento para avaliar as habilidades do farmacêutico para realização de consulta com o paciente	201
4.9 Casos clínicos para realização de atividade de simulação de atendimento - primeiro encontro de capacitação	209
4.10 Exercícios de fixação - primeiro encontro de capacitação	213
4.11 Estudos de caso - segundo encontro de capacitação	231

Referências	295
-------------	-----

Equipe do Projeto	303
-------------------	-----

Apresentação

A situação de saúde da população brasileira e o atual estágio de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem, aos gestores, aos profissionais e aos trabalhadores da Saúde o desafio da garantia da integralidade do cuidado.

Uma estratégia adequada para o enfrentamento do quadro de saúde vigente no País consiste na organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde, coordenadas e orientadas pela Atenção Básica em Saúde.

Nesse sentido, é imprescindível a integração da Assistência Farmacêutica nas Redes, como uma ação e um serviço de saúde. Para isso, a estruturação das Redes é fundamental, razão pela qual tem sido considerada uma alternativa adequada para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos.

No entanto, as atividades de aquisição e de distribuição consolidaram-se, histórica e institucionalmente, como foco e limite das atividades relacionadas aos medicamentos no País. Em decorrência desse quadro, muitos setores consideram a Assistência Farmacêutica como apenas um sistema logístico ou um sistema de apoio, e não como integrante do conjunto de ações e serviços do SUS, enquanto outros segmentos da sociedade enfocam o medicamento como mercadoria.

Consideramos que a Assistência Farmacêutica visa a assegurar o acesso da população aos medicamentos a partir da promoção do uso correto deles, a fim de garantir a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde. Por essa razão, torna-se fundamental discutir sobre o papel da Assistência Farmacêutica no atual estágio de desenvolvimento do SUS, além de debater a respeito de como avançar conjuntamente na perspectiva das Redes, a fim de responder, de forma organizada e integrada, às demandas de saúde da população brasileira.

Sendo assim, considerando a concepção das Redes de Atenção à Saúde, buscamos desenvolver e implantar programas e projetos que estejam alicerçados nesses conceitos e diretrizes. Destaca-se a criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS), que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, segura, responsável e humanizada à população brasileira, conforme será exposto.

Como estratégia para avançar na implementação desse Programa, em âmbito regional, estabeleceu-se uma parceria com a Gerência do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), a Unidade de Gestão do Projeto (UGP), o Departamento de Economia da Saúde (DESID), a Secretaria-Executiva (SE) e do Ministério da Saúde (MS) com os objetivos de: aprimorar os mecanismos de gestão de tecnologia de uso em saúde nessas regiões do QualiSUS-Rede, por meio da informatização dos Sistemas de Apoio (almoxarifados e/ou centrais de abastecimento farmacêutico), nos Pontos de Atenção à Saúde e nos Pontos de Apoio Terapêutico; capacitar profissionais na gestão da Assistência Farmacêutica e no Sistema Hórus e desenvolver um

projeto-piloto para a Gestão do Cuidado, considerando a implantação de serviços da clínica farmacêutica em um município dessas regiões apoiadas pelo Projeto.

Dessa maneira, registramos aqui, os nossos agradecimentos a todos aqueles que acreditaram e contribuíram para a realização desse projeto. Primeiramente, agradecemos aos quadros técnicos e gestores do Ministério da Saúde, especialmente na Assistência Farmacêutica, uma vez que possibilitam empreender projetos a favor da melhoria das condições de saúde dos usuários da Atenção Básica do SUS, em todas as regiões do País. Agradecemos também ao Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), instituição financeira do Banco Mundial, pelo financiamento que possibilitou estabelecer a parceria com o Projeto QualiSUS-Rede do Ministério da Saúde; assim como à UGP, que coordena essa iniciativa no âmbito do Ministério da Saúde, pela viabilização técnica e administrativa da proposta; agradecemos pelo avanço na integração dos programas e projetos com o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); agradecemos aos professores e apoiadores do cuidado farmacêutico selecionados que realizaram, com o Ministério da Saúde e a gestão local do município de Curitiba, a implantação dos serviços clínicos farmacêuticos; agradecemos, principalmente, pelo aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em desenvolver o projeto-piloto nas unidades básicas do município, e pelos farmacêuticos de Curitiba, em especial, àqueles vinculados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por acreditarem que seria possível transformar a qualidade dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde, visando a um cuidado integral e ao uso racional dos medicamentos.

Dessa maneira, apresentamos com grande satisfação a série “*Cuidados Farmacêuticos na Atenção Básica*,” que tem como principal objetivo compartilhar o processo de desenvolvimento do projeto-piloto em Curitiba, assim como os resultados

alcançados, sejam eles, os instrumentos, o processo de capacitação, a implantação desse novo serviço, com a perspectiva de fomentar a discussão sobre o papel do cuidado farmacêutico e das práticas da clínica farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde.

Desejamos a todos uma boa leitura, e acreditamos que essa experiência municipal exitosa seja um passo para ampliar a discussão e a participação de outros atores e segmentos da sociedade brasileira, como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), conselhos de classe, entre outros; com o objetivo de avançarmos conjuntamente na implementação dos serviços clínicos farmacêuticos, nos pontos de atenção das Redes em todo o País.

Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Ministério da Saúde

Prefácio

Nos últimos anos, os debates sobre o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde têm sido intensificados, como a estratégia de organização do sistema de saúde potencialmente capaz de incrementar o desempenho do SUS em termos de acesso, qualidade e eficiência econômica.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, destaca que a Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um *processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.*

O desafio está colocado: como desenvolver o Sistema Único de Saúde, estabelecendo coerência e interdependência entre o modelo de atenção, a organização do sistema e a gestão, de forma a alcançar maior efetividade, eficiência sistêmica e qualidade na atenção prestada?

Responder a esse desafio requer construção permanente, no campo prático, de dispositivos e mecanismos de integração da produção de saúde, que ampliem o grau de interconexão entre os pontos de atenção, de modo a promover inovação

na organização do processo de trabalho com base em evidência e numa ação coordenada e cooperativa, incorporando a prática da Gestão Clínica.

É nesta perspectiva que se desenvolve, sob coordenação técnica da equipe da CGAFB/DAF/SCTIE, o Projeto-Piloto de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, para Implementação de Serviços de Clínica Farmacêutica nas Redes, no âmbito do Projeto QualiSUS-Rede. Uma experiência que vem a somar esforços com o Projeto QualiSUS-Rede no cumprimento do seu objetivo principal, que é o de contribuir com a qualificação e implementação de RAS para melhor atender a população brasileira.

A série “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica” possibilita-nos visitar conceitos e, a partir da experimentação, disponibilizar suporte teórico e metodológico a gestores e profissionais de saúde, para continuar a avançar na organização dos processos de trabalho e no desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde.

A Gerência do Projeto QualiSUS-Rede parabeniza a equipe técnica pela iniciativa de sistematizar esta rica e inovadora experiência, que certamente muito contribuirá com o avanço da implantação do cuidado farmacêutico em outras unidades de saúde, e, com isso, deseja a todos boa leitura e aplicação dos conhecimentos aqui compartilhados.

Gerência do Projeto QualiSUS-Rede
Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
Secretaria-Executiva/Ministério da Saúde

Caros trabalhadores da Atenção Básica

A organização da Atenção Básica (AB) está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é considerada eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde e, portanto, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa priorização não está presente apenas no discurso; traduz-se, também, na elaboração de uma ampla política que busca enfrentar os principais desafios para a expansão e a consolidação da AB no País. Entre estes, destacamos como principais a ampliação do acesso, a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na AB.

Podemos citar como ações nesse sentido: o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que destina recursos para construções, ampliações e reformas das UBS; o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (Pmaq); a implantação de um novo sistema de informações para a Atenção Básica (Sisab/e-SUS AB); os programas de provimento e fixação de profissionais na AB (Mais Médicos e Provab); os investimentos em educação permanente; a possibilidade de expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) para todos os municípios com equipes de Saúde da Família e uma série de outras ações.

Neste contexto, o Nasf constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes. Enquanto equipe multiprofissional, o Nasf abre a possibilidade de inserção do farmacêutico na AB de forma que este realize não apenas ações de gestão da assistência farmacêutica nesse âmbito da atenção mas também, e principalmente, ações de cuidado à saúde dos usuários.

O cuidado farmacêutico na AB e, especialmente, no Nasf, diz respeito a ações que envolvem as duas dimensões do apoio matricial: a clínico-assistencial e a técnico-pedagógica. A primeira refere-se ao cuidado farmacêutico e às ações clínicas diretas aos usuários, de forma individual ou compartilhada. Já a segunda refere-se às ações que atendam, mais diretamente, às necessidades das equipes envolvidas no cuidado, por meio de educação permanente e outras ações compartilhadas. A aposta, então, é que o farmacêutico possa qualificar a atenção integral aos usuários a partir da sua prática clínica, e também potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde.

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Departamento de Atenção Básica
Secretaria de Atenção à Saúde /Ministério da Saúde

Parte 1: O cuidado farmacêutico

1.1 Bases para a construção de um serviço de clínica farmacêutica

Durante muito tempo, o farmacêutico teve seu papel de profissional de saúde negligenciado com relação ao cuidado em saúde. As mudanças históricas nos processos produtivos e a influência dessas mudanças nos currículos acadêmicos culminaram em um profissional tecnicista, de conhecimentos multicompartimentados, descontextualizado da equipe multidisciplinar, mantendo uma relação mais íntima com o produto (medicamento) do que com o usuário do produto (paciente). A atuação clínica promove o reencontro entre farmacêutico e paciente, exigindo do profissional novas competências para que possa novamente se responsabilizar pelo bem-estar do paciente e tornar-se um dos provedores de cuidados em saúde, no contexto do cuidado multidisciplinar.

Como já discutido no Caderno 1 desta série, o cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e

não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde.

O atendimento realizado pelo farmacêutico em ambiente ambulatorial trata-se de um encontro terapêutico, em que o farmacêutico deve estabelecer uma relação de confiança com o paciente, responsabilizando-se pelos problemas enfrentados por este em relação às suas condições de saúde e ao seu tratamento. O episódio de atendimento farmacêutico, seguramente, deve ser parte do cuidado multidisciplinar. Vale lembrar que, ainda que seja necessário o reconhecimento das fronteiras de atuação dentro do consultório, jamais a avaliação farmacêutica deve ser fragmentada e restritiva. Pelo contrário, uma avaliação integral do paciente pelo farmacêutico permite a identificação da necessidade do compartilhamento do caso com outros profissionais de saúde, gerando um cuidado interdisciplinar e até transdisciplinar (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

As principais metas do serviço de clínica farmacêutica são:

- A orientação dos pacientes direcionada ao acesso aos medicamentos por meio da atenção básica, dos componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica.
- A educação do paciente sobre seus medicamentos e problemas de saúde, de modo a aumentar sua compreensão do tratamento e promover o autocuidado.

- A promoção da adesão do paciente ao tratamento, por meio da orientação terapêutica, da redução da complexidade do tratamento e da provisão de recursos que apoiem a tomada de medicamentos.
- A otimização da farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação e, quando possível, da redução da carga de comprimidos e do custo do tratamento.
- A avaliação da efetividade e da segurança dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia, quando necessário, com o prescritor e a equipe de saúde.
- A identificação, a prevenção e o manejo de erros de medicação, de interações medicamentosas, de reações adversas, de intoxicações e de riscos associados aos medicamentos.
- A educação do paciente para a guarda e a destinação adequada dos medicamentos vencidos e demais resíduos de saúde ligados à terapêutica.

Essas metas só poderão ser alcançadas se houver um fluxo organizado de trabalho inserido no contexto do serviço (unidade de saúde, por exemplo), no qual o farmacêutico é o principal responsável, podendo, eventualmente, compartilhar algumas atividades com a equipe de saúde.

É necessário lembrar que a comunicação e a cooperação entre os profissionais farmacêuticos da Rede de Atenção à Saúde são determinantes para o sucesso da implantação deste tipo de serviço. A elaboração de uma agenda de reuniões para compartilhamento de dúvidas, dificuldades, sugestões, propostas de resolução de problemas, experiências vivenciadas e discussão de casos clínicos é condicional para que o serviço possa ter sucesso no município onde será implantado, perpetue-se e aperfeiçoe-se.

Os farmacêuticos precisam estar motivados com a ideia desta nova atividade (a clínica), entendendo sua importância e estimulando a interação entre a categoria de farmacêuticos clínicos para alavancar sua implantação. Aquele que enfrente as barreiras do processo inicial de trabalho da clínica sem apoio pode acabar sendo varrido pela inércia de um modelo de atenção que não está acostumado com a atuação do farmacêutico no cuidado de pacientes. Observamos que apenas com a união da categoria interessada e motivada, em um esforço coletivo em prol do serviço, é possível mostrar a importância do trabalho clínico e dinamizar o processo de trabalho do farmacêutico no sentido de ocupar seu lugar no cuidado ao usuário.

1.1.1 A mudança de foco, do medicamento para o paciente

Diferentemente de outros serviços prestados pelo farmacêutico, o serviço de cuidado coloca o paciente como foco principal da prática profissional e não o medicamento. Ainda que a preocupação com os problemas relacionados à farmacoterapia seja um ponto chave da atuação clínica, o foco principal deve ser a saúde e o bem-estar do paciente de maneira global, por isso é necessário compreender o outro para que se possa criar uma relação terapêutica durante a

entrevista clínica. O paciente da clínica farmacêutica é um indivíduo inserido em um contexto social definido, que apresenta especificidades e comportamentos singulares, as quais advêm de uma carga de conceitos apreendidos durante a vivência de experiências. Especificamente neste contexto, trata-se de um sujeito que usa medicamentos para prevenir, controlar ou curar doenças. Essas doenças são percebidas como limitações para o pleno desenvolvimento das atividades cotidianas ou para a continuidade da vida. Por isso, a maioria dos pacientes atendidos pelo farmacêutico são indivíduos fragilizados pela sua condição clínica, que respondem de maneiras diferentes a essas condições. Além do mais, a maioria deles se obriga a usar medicamentos para controle das doenças. Esses medicamentos, inseridos em um contexto de mercado no sistema capitalista, muitas vezes são percebidos como produto simbólico de saúde e que, por isso, geram expectativas no “consumidor”. As percepções e os comportamentos associados ao uso do medicamento podem variar de indivíduo para indivíduo, dependendo da cultura, das experiências, do conhecimento em saúde e da percepção da doença e do tratamento. É necessária, ao farmacêutico clínico, uma postura isenta de julgamentos, de interesses pessoais ou de terceiros. Suas atitudes devem buscar aperfeiçoar e facilitar o processo de uso de medicamentos, melhorando o acesso e partilhando metas com foco em resultados clínicos definidos que beneficiem e que estejam de acordo com as vontades do paciente (FREITAS; PERINI, 2006).

1.1.2 A prevenção, a identificação e a resolução de problemas da farmacoterapia

Na atual realidade socioepidemiológica do Brasil nota-se uma transição demográfica e epidemiológica em que o envelhecimento da população, acompanhada de um aumento na prevalência de doenças crônicas, estimulam um fenômeno de polimedicação em que pacientes fazem tratamentos que normalmente persistem por longo tempo ou pelo resto da vida. O medicamento é a tecnologia terapêutica mais utilizada no controle das doenças crônicas, o que

estimula a resposta da indústria farmacêutica, disponibilizando uma gama de produtos cada vez mais variada e nem sempre segura e efetiva, como mostram os resultados dos ensaios clínicos controlados. Vale lembrar que todo medicamento carrega uma característica bivalente, podendo trazer um resultado benéfico ou prejudicial ao paciente, dependendo da qualidade da sua utilização. Os problemas relacionados à farmacoterapia tornaram-se uma epidemia moderna, a qual, ironicamente, parece estar produzindo mais danos do que as próprias doenças de base que geraram a necessidade da utilização desses medicamentos. Os dados constatados em revisão sistemática são alarmantes. Inclusive no Brasil, apesar de haver relativamente poucos estudos endereçados a esse tipo de problema, os números atuais demonstram tendências preocupantes. As principais intervenções farmacêuticas na clínica estarão relacionadas à prevenção, à identificação e à resolução de problemas da farmacoterapia, pois se trata daquilo para o que o profissional deve estar mais bem preparado para resolver. Cabe lembrar que “problema relacionado à farmacoterapia” é um conceito abrangente, que pode estar relacionado à necessidade de medicamentos, à adesão ao tratamento, à efetividade ou à segurança da farmacoterapia, e que a avaliação desses problemas é complexa e detalhada, pois sua gênese pode estar em uma falha do sistema em identificar seu risco, na condição social do paciente, no seu comportamento frente a sua farmacoterapia, na sua composição genética, entre outros (SOUZA, 2013; WENG et al., 2013).

1.1.3 A concepção integral do indivíduo

A concepção integral e holística em saúde, no ocidente, nasceu da revolução quântica que marcou o século XX. A mudança da concepção cartesiana do mundo culminou na crítica ao modelo biomédico fragmentado e superespecializado. Neste novo contexto, o paciente deixa de ser autômato constituído de partes que funcionam independentemente para se tornar um indivíduo inserido em uma dinâmica

recíproca de inter-relação entre seus componentes e o ambiente. Dessa maneira, o farmacêutico clínico deve compreender a gênese dos fenômenos patológicos como somatória de eventos que estão inter-relacionados. Durante a avaliação dos problemas de saúde dos indivíduos, é fundamental conhecer o paciente como um todo, levando em consideração condições ambientais, psicológicas e sociais. Todos os problemas de saúde devem ser investigados e correlacionados, assim como todos os tratamentos. Hoje já se sabe, e muitos autores defendem essa ideia, que a junção das partes não representa o funcionamento do todo. Ou seja, avaliar o paciente de maneira fragmentada é uma estratégia falha para identificar e solucionar seus problemas. Uma avaliação global é fundamental para que o farmacêutico clínico possa compreender o paciente, seus problemas e atuar de maneira efetiva para solucioná-los (FREITAS; PERINI, 2006).

1.1.4 A promoção da saúde e a prevenção da doença

É muito importante que o farmacêutico clínico tenha a percepção de que a sua atividade favorece a possibilidade de que ele se torne agente de prevenção e promoção em saúde. Para tanto, é necessário que, além de conhecimentos técnicos e científicos que suportem suas decisões clínicas, este profissional seja capaz também de compreender criticamente a dinâmica de funcionamento da sociedade estando atento aos determinantes patológicos que dela emanam para que, finalmente, possa agir de maneira a contribuir para uma sociedade mais saudável.

O trabalho de prevenção é fundamental para que tenhamos uma sociedade com hábitos de vida mais saudável que retardem ou evitem o desenvolvimento dos problemas de saúde. Isso é particularmente pertinente considerando o atual contexto sociodemográfico do Brasil em que a taxa de problemas crônicos, em sua maioria evitáveis, não para de crescer. Estímulo de hábitos saudáveis como recomendação de exercícios físicos, alimentação balanceada, cuidados específicos

em populações específicas pode reduzir consideravelmente os custos ao sistema e o sofrimento de muitas pessoas.

A promoção à saúde é um processo que leva em consideração aspectos sociais, políticos, econômicos, biológicos e ambientais a serem trabalhados, tornando mais favorável o desenvolvimento humano. A promoção da saúde não pode ser uma responsabilidade atribuída apenas às instituições ligadas ao setor de saúde, mas da sociedade como um todo (instituições privadas, públicas, mídia, indústria, organizações, grupos, família e indivíduos) tentando alcançar, em um esforço compartilhado, o bem-estar coletivo. Um dos grandes objetivos da promoção à saúde é proporcionar equidade em saúde, ou seja, reduzir as diferenças entre as condições de saúde. Isso significa proporcionar a mesma oportunidade de recursos para desenvolvimento individual e coletivo sadio, como informação, infraestrutura e ambiente que proporcionem a estes mesmos indivíduos atuar positivamente no sentido de também serem promotores de saúde. Vale lembrar que a Carta de Ottawa recomenda que: “Cuidado, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde” (OMS, 1986).

O farmacêutico que pretende atuar clinicamente deve compreender que, antes de qualquer etapa do serviço, é necessária a internalização dos conceitos básicos que constituem a natureza dessa prática farmacêutica para que ela não venha a se reduzir a uma atividade tecnicista e superficial dentro do contexto da saúde pública deste país.

Como já foram citadas anteriormente no corpo deste texto, as definições aqui apresentadas não são perenes. O trabalho do farmacêutico e as suas bases conceituais estão em constante transformação. O profissional que delas se apropria

deve avaliar criticamente seus significados e contribuir para a evolução desses conceitos e para o aperfeiçoamento de sua prática.

1.2 A comunicação do farmacêutico com o paciente e a equipe de saúde

1.2.1 Acolhimento do paciente

O momento do acolhimento ao paciente é o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação de respeito, de comprometimento e de confiança. Ao farmacêutico cabe expressar o profissionalismo, interessado e comprometido com as necessidades do usuário, que precisa se sentir respeitado e aceito. Aceitar o paciente é reconhecê-lo como indivíduo de maneira despreconceituosa, comunicando respeito, interesse e consideração (MACIEL-LIMA, 2004).

A relação terapêutica que o farmacêutico busca estabelecer com o paciente é influenciada principalmente pela percepção que o paciente terá do profissional. A comunicação interpessoal inicia-se imediatamente após o encontro entre os dois indivíduos, profissional e paciente.

Por isso é importante que o farmacêutico se apresente como profissional de saúde, interessado pelo paciente, agindo sempre de maneira gentil e cordial. Ele também deve sempre estar aseado, com roupa limpa, de jaleco, se possível portando identificação. O ambiente do consultório deve, na medida do possível, ser o mais agradável, bem ventilado, com paredes limpas, que possibilite conforto ao paciente e ao seu cuidador, quando for o caso de paciente comparecer com acompanhante (BERGER, 2005).

Lembre-se de que mensagens não verbais são interpretadas consciente e inconscientemente de maneira recíproca entre os indivíduos. Essas mensagens quase sempre serão demasiadamente sinceras para poderem ser disfarçadas (WEIL, 2011).

Por isso, o acolhimento do paciente precisa, antes de tudo, ser um gesto sincero de aceitação e empatia. Aceitar é respeitar o indivíduo em sua condição humana, buscar entender a influência do seu processo histórico de vivências e colocar-se no lugar do outro para que haja uma postura isenta de julgamentos. Como normalmente as mensagens não verbais se sobressaem em relação à mensagem verbal, um conflito entre as duas gera um comportamento contraditório que resultará em desconforto e desconfiança por parte do paciente. Ou seja, não adianta dizer a ele que está interessado em resolver seus problemas de saúde, quando na verdade o profissional está preocupado com outras coisas. O corpo denuncia. Por isso, no momento do atendimento, o paciente deve ser o foco principal do farmacêutico, sua atenção deve estar toda centrada nos seus relatos e nos seus problemas, buscando analisar os fatos que influenciam a vida do paciente para que possa colaborar da maneira mais sensata para a melhoria da saúde desse indivíduo (WEIL, 2011).

O usuário, ao adentrar ao consultório, precisa se sentir em um ambiente diferenciado, especializado no sentido de atendimento à saúde e aceito para que assim possa se sentir acolhido.

Como a comunicação é sempre recíproca, o farmacêutico no momento do acolhimento deve ter por objetivo avaliar a situação em que o paciente se encontra (condição física e emocional) e prever qual deverá ser a necessidade de intervenção e de orientação, de maneira individualizada, sem preconceitos ou rituais preestabelecidos.

Espaços físicos são sempre muito disputados em instituições de saúde. Na grande maioria das vezes o consultório no qual o farmacêutico realiza os atendimentos será compartilhado com outros profissionais que atendem em outros horários. Quando a condição estética do consultório não for agradável, o farmacêutico pode conversar com os demais profissionais e com os responsáveis administrativos, sugerindo uma readequação estética do espaço de atendimento. Na grande maioria das vezes isso gera custos mínimos e, apesar de parecer supérfluo para muitos, pequenas mudanças no ambiente podem fazer com que o paciente se sinta mais confortável e valorizado como indivíduo.

1.2.2 A interação com a equipe de saúde

A habilidade em reconhecer-se como membro de uma equipe e reconhecer o outro como colaborador do processo de cuidado é imprescindível para o trabalho do farmacêutico na clínica, especialmente se considerarmos esse trabalho sendo desenvolvido no contexto da Atenção Básica em Saúde. A interação entre diferentes disciplinas ou conjunto de conhecimentos sistemáticos e organizados deve alcançar um nível de relação que supere a multidisciplinaridade, pois esta é uma realidade em que diferentes indivíduos trabalham isoladamente sobre um mesmo problema. É necessário um salto qualitativo na articulação da equipe, propondo-se uma atividade que tenha como objetivo ser inter e transdisciplinar para que as relações possam se tornar verdadeiramente colaborativas e horizontais. A equipe é multidisciplinar, mas as ações não devem ocorrer de maneira isolada. Em um trabalho inter e transdisciplinar em saúde, o farmacêutico e os demais profissionais interagem de maneira direta e recíproca e propõem intervenções benéficas para o paciente, sem que haja predominância de um ou outra

competência, mas que todas as competências compartilhem entre si pontos de vista e conhecimentos (IRIBARRY, 2003).

É preciso que o farmacêutico tenha a consciência de que o isolamento fatalmente irá desprestigiar e definhando o serviço. O trabalho institucional deve se realizar de maneira sistêmica. A ideia de horizontalidade, portanto é central. Todos os membros da equipe tem o potencial de colaborar com as situações clínicas e essa colaboração deve ser repetidamente estimulada e sua importância reiterada no ambiente de trabalho.

1.3 A identificação e agendamento dos pacientes

O primeiro passo para se iniciar o serviço de clínica é a identificação do público-alvo do cuidado farmacêutico. O público-alvo de um serviço de clínica deve ser aquele que mais se beneficie do cuidado, ou seja, aquele que mais necessite do episódio de cuidado materializado na consulta clínica.

No caso do atendimento farmacêutico, os pacientes que mais necessitam de cuidado e que possivelmente se beneficiarão mais diretamente do serviço são aqueles que possuem maior risco de desenvolver danos relacionados a medicamentos.

Um bom critério de seleção leva em consideração pacientes que utilizam muitos medicamentos (polimedicados), pacientes que possuem várias comorbidades e que apresentam esquemas terapêuticos complexos para o tratamento de suas condições clínicas. Estes pacientes possuem maior risco de que aconteça falha terapêutica, baixa adesão ao tratamento, interações medicamentosas, erros

de medicação ou desenvolvimento de reações adversas aos medicamentos e intoxicações. Também são mais vulneráveis a sofrerem internações hospitalares, causadas por medicamentos ou pelo agravamento de condições crônicas. Estes pacientes costumam ser utilizadores frequentes dos serviços de saúde, o que também representa maior utilização de recursos.

São considerados com maior risco de sofrerem problemas relacionados a medicamentos aqueles pacientes que apresentam os seguintes fatores (DOUCETTE et al., 2013):

1. Paciente que utilizam vários medicamentos simultaneamente (principalmente cinco ou mais medicamentos diferentes por dia).
2. Pacientes com problemas de adesão aos medicamentos, por qualquer motivo.
3. Pacientes que deixaram de adquirir qualquer dos medicamentos prescritos, por conta do custo ou dificuldade de acesso, no último ano.
4. Pacientes que precisam ir a duas ou mais farmácias diferentes, todos os meses, a fim de adquirir seu tratamento completo.
5. Pacientes que foram internados uma ou mais vezes em hospital nos últimos seis meses (quanto maior o número de admissões, maior o risco).
6. Pacientes que possuem prescrições de medicamentos por dois ou mais médicos diferentes no último ano (quanto maior o número de médicos diferentes, maior o risco).
7. Pacientes que tratam várias doenças ou problemas de saúde simultaneamente com medicamentos (quanto maior o número de diagnósticos, maior o risco).

A escolha desse público-alvo para início do serviço de clínica farmacêutica representa uma estratégia, do ponto de vista da capacitação dos farmacêuticos, formando profissionais aptos para a solução de problemas mais complexos. Essa estratégia também auxilia na continuidade do serviço, uma vez que os profissionais se tornam mais bem preparados para o atendimento da maioria dos problemas prevalentes relacionados à farmacoterapia.

A partir dessas informações, podem surgir propostas de um perfil de pacientes a serem triados para receber o serviço. O número de medicamentos, a identificação de problemas prévios relacionados à farmacoterapia e a identificação de fatores de risco para desenvolvimento de problemas referentes à farmacoterapia devem ser os principais critérios que nortearão a seleção dos pacientes atendidos naquela região.

Lembrem-se de que, além do maior benefício do serviço aos pacientes mais graves, normalmente a demanda de pacientes é maior do que a resposta do serviço, principalmente no início. Esse é um dos principais motivos que justificam a triagem e a seleção de pacientes, pois, já que não é possível atender a toda a população, é necessário selecionar aqueles que mais necessitam do atendimento.

Após a definição do público-alvo é necessário pensar em como preencher a agenda de atendimentos. No caso de um serviço novo, como é o de atendimento farmacêutico, é necessário que os pacientes sejam apresentados ao serviço. Isso significa que, inicialmente, os pacientes dificilmente procurarão ser atendidos ou serão encaminhados pelos outros profissionais. Porém, paulatinamente com a sedimentação dessa prática é muito provável que o preenchimento da agenda deixe de ser uma preocupação, considerando-se que o número de pacientes polimedicados

com doenças crônicas não controladas é muito grande. Obviamente que isso só acontecerá se o serviço oferecido se mostrar resolutivo e de qualidade para que possa ser reconhecido de tal maneira pelo usuário e pela equipe multidisciplinar.

1.3.1 A importância da interação com a equipe de saúde para seleção de pacientes

Já citamos neste caderno a importância de se estabelecer um vínculo colaborativo duradouro com a equipe de saúde. Uma das etapas que mais dependem de uma boa interação com os demais profissionais é a da seleção e o agendamento de pacientes.

Sem a ajuda da equipe de saúde esse processo se torna muito mais árduo. O fato é que esses profissionais já estão familiarizados com os pacientes que possuem várias patologias e que utilizam muitos medicamentos, pois já atuam há mais tempo em um contato direto com eles.

Médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de farmácia, agentes de saúde e auxiliares de Enfermagem estão entre os profissionais que mais podem colaborar identificando pacientes polimedicados e encaminhando-os para agendamento. Por isso, é necessário que os profissionais que fazem essa ponte para o matriciamento tenham conhecimento do tipo de serviço proposto pelo cuidado farmacêutico.

Consideramos uma estratégia muito pertinente: a de promover reuniões com a equipe de saúde ou, se possível, uma reunião com cada grupo de categoria profissional para explicar a natureza do serviço proposto. Nestas esclarecer sobre o conteúdo da consulta e posicionar-se como colaborador para a melhoria do quadro clínico do paciente. Este momento também pode ser propositivo para estimular momentos de discussão e de compartilhamentos de caso e, principalmente, explicar que, caso encontrem um pacientes com as características citadas anteriormente, podem encaminhá-lo para consulta farmacêutica. Neste momento é interessante expor os horários de agenda dedicados ao atendimento e explicar como devem proceder para marcar o paciente para atendimento farmacêutico.

Lembramos que, em caso de encaminhamento de algum paciente por meio de um dos profissionais de saúde, sempre é muito elegante dar um *feedback* do atendimento realizado, inclusive estimulando a discussão do caso, sugerindo intervenções e ouvindo as opiniões dos colegas sobre o manejo do caso.

1.3.2 O trânsito entre pontos e níveis de atenção à saúde – referência e contrarreferência

Os sistemas de referência e contrarreferência devem ser estimulados em um modelo integrativo, considerando a ideia de redes de atenção. Essa questão está diretamente relacionada à acessibilidade, à universalidade e à integralidade da assistência à saúde no SUS. Dessa maneira, o farmacêutico da Atenção Primária

à Saúde (APS) deve também exercer um papel de promotor do funcionamento articulado entre os níveis de atenção à saúde.

A atenção primária exerce um papel central do cuidado dos pacientes. Neste nível de atenção o paciente deve ser alvo de cuidados que previnam problemas de saúde ou agravos de problemas crônicos já previamente desenvolvidos. Quando o paciente sofre piora na condição clínica na qual seja necessária intervenção em nível secundário ou terciário, o paciente migra temporariamente para esses níveis, devendo retornar ao cuidado da atenção primária após um período em que haja compensação da doença. O problema é que muitas vezes há uma dificuldade comunicativa entre esses níveis de cuidado.

De maneira mais objetiva, o farmacêutico pode estimular a comunicação entre os níveis de atenção realizando parcerias institucionais ou com os profissionais dos níveis mais complexos de atenção à saúde, de onde normalmente migram os pacientes que tiveram de ser internados por um agravamento de um problema crônico. Esses pacientes que tiveram de migrar ao hospital por descontrole de uma condição clínica, por exemplo, no momento da alta podem ser encaminhados diretamente para o atendimento farmacêutico na atenção primária. A partir desse momento o farmacêutico se corresponsabiliza pela manutenção do controle das condições clínicas do paciente, prevenindo que haja novos episódios de descontrole ou agravamento da doença, gerando eficiência para o sistema, economia de custos e melhoria na qualidade de vida do paciente.

1.3.3 A demanda espontânea

Muitas vezes o paciente pode buscar o atendimento farmacêutico por si só. Isso deverá acontecer com maior frequência à medida que o serviço for se popularizando entre os usuários do sistema. Não esperem que nos primeiros dias

do serviço hajam pacientes que busquem atendimento, pois trata-se de um serviço importante, mas que está em processo de implantação no Brasil. Ainda assim, não é raro que pacientes atendidos indaguem se familiares ou conhecidos que apresentam dificuldades semelhantes às dele podem também receber atendimento.

Esse tipo de demanda espontânea pode sugerir que há uma boa aceitação do serviço pela população, sendo, portanto, um importante indicador de qualidade.

É importante prevenir os demais profissionais de saúde sobre como agendar os pacientes que procurarem atendimento do farmacêutico, disponibilizando a agenda e cordialmente solicitando a inclusão desses pacientes em espaços abertos para atendimento.

1.3.4 Busca ativa

Durante o processo de implantação do serviço, a busca ativa por pacientes realizada pelo próprio farmacêutico deverá ser a principal estratégia para preencher a agenda de consultas. Esse tipo de agendamento de pacientes deve ser prioridade para farmacêuticos que estão iniciando um serviço de Farmácia Clínica, e de sua correta realização pode depender o sucesso ou o fracasso do serviço.

Em contextos onde o farmacêutico tenha acesso à história clínica do paciente por meio do prontuário, uma revisão deste deverá ser realizada. Essa revisão permitirá triar apenas os pacientes que preenchem os critérios de inclusão (pacientes que mais necessitam do serviço). A avaliação do prontuário ainda traz a vantagem de que o farmacêutico pode coletar dados relevantes para o atendimento, tais como medicamentos em uso, condições clínicas diagnosticadas, procedimentos

de saúde realizados, exames laboratoriais, entre outras informações importantes que servirão de base para a realização da primeira consulta.

A busca ativa tem a desvantagem de ser trabalhosa e demandar tempo do profissional, pois uma revisão adequada do prontuário do serviço muitas vezes pode ser demorada. Entretanto, esse método agiliza e torna mais objetiva a consulta, pois muitas informações do paciente o farmacêutico já terá conhecimento antes da entrevista clínica. O perfil do paciente, a história de medicação, a história clínica pregressa, a história social e o histórico familiar são exemplos de informações que podem dar uma ideia dos fatores de risco do paciente e direcionar a consulta clínica.

Alguns serviços de Farmácia Clínica funcionam muito bem com sistema de agendamento realizado quase que integralmente por busca ativa. Além do mais, esse sistema de seleção e agendamento pode aumentar a adesão do paciente ao serviço, porque no momento do agendamento telefônico o farmacêutico pode fornecer informações importantes ao paciente.

Os pacientes que preencherem os critérios para serem atendidos devem ser agendados preferencialmente por meio de contato telefônico realizado pelo próprio farmacêutico. Em caso de impossibilidade de contato telefônico, o agente de saúde, orientado sobre como informar o paciente, poderá combinar o agendamento da consulta no momento da visita domiciliar.

1.3.5 Considerações importantes a serem feitas no momento do agendamento

Para que o serviço de cuidado farmacêutico possa ser eficiente é fundamental que o paciente compareça à consulta levando todos os medicamentos que utiliza, sejam eles medicamentos prescritos ou usados por automedicação. Isso também

vale para as plantas medicinais utilizadas com finalidades terapêuticas. Além disso, é imprescindível que o paciente leve também todas as receitas e todos os exames que possui em casa.

Ainda que em alguns casos seja possível verificar alguns desses dados pelo sistema informatizado institucional, muitas vezes o paciente pode ter exames ou prescrições provenientes de outras instituições ou de outros componentes da rede de atenção do sistema público. A possibilidade de combinar com o paciente o melhor horário, informar sobre a natureza e a importância da consulta pode fazer com que a adesão ao serviço aumente. No Quadro 1 consta um roteiro organizado de como deve ser realizado o agendamento telefônico da consulta farmacêutica.

Quadro 1 - Roteiro para agendamento dos pacientes para as consultas

1. Cumprimentar o paciente.
2. Apresentar-se ao paciente.
3. Informar que está ligando para agendar uma consulta para ele no serviço de Farmácia Clínica e explicar o propósito da consulta.
4. Informar o dia e o horário da consulta.
5. Informar o endereço e o local onde se encontra o consultório onde ele será atendido.
6. Solicitar que o paciente traga todos os medicamentos que faz uso, prescritos e não prescritos, as receitas médicas, plantas medicinais, chás e suplementos que faz uso, assim como exames e outros documentos médicos que possua.
7. Agradecer ao paciente e despedir-se.

Fonte: Autores.

A consulta farmacêutica, principalmente a primeira consulta, explora bastante as informações de exames, receitas e medicamentos do paciente. Quando ele comparece à consulta sem esses materiais, as possibilidades de avaliação reduzem muito, a definição da intervenção fica muito comprometida pela falta de informações e a consulta torna-se muito mais difícil. Quando isso acontece, a consulta até poderá ser realizada, avaliando-se apenas o relato do paciente, porém em muitos casos é necessário marcar uma reconsulta, orientando adequadamente sobre todo o material que é necessário que o paciente traga consigo.

Para evitar esse tipo de problema, que gera perda de tempo tanto ao profissional quanto para o paciente, sempre no momento do agendamento, seja ele realizado pessoalmente, por telefone, ou por carta, reiteramos que deva haver uma explicação breve ao paciente sobre os motivos da consulta e sobre o que se deve levar no dia em que for consultado. Os profissionais da equipe multidisciplinar que fizerem o encaminhamento do paciente ao serviço farmacêutico também devem estar cientes dessa necessidade e de como proceder.

.....
Exemplo de agendamento por telefone:

Bom dia senhor João, como vai o senhor? Meu nome é Rodrigo, sou farmacêutico da unidade de saúde. Estamos entrando em contato com o senhor para conversar sobre a possibilidade de agendarmos uma consulta no serviço de farmácia.

Trata-se de uma consulta farmacêutica, que tem por objetivo avaliar os problemas de saúde e toda a medicação que o senhor usa, pra ter certeza de que ela está fazendo o efeito esperado, se está acontecendo algum tipo de problema, se eles estão incomodando o senhor de alguma forma, se há qualquer dúvida que o senhor tenha em relação a eles ou se há necessidade de algum ajuste com relação à

sua terapia. Estudaremos detalhadamente o seu caso e buscaremos resolver juntos qualquer problema que encontrarmos.

Nós atendemos na unidade de saúde, na sala 2, das 8 até as 12 horas, todas as segundas e quartas-feiras.

O senhor teria disponibilidade para o dia __/__/__?

Também é importante, senhor João, que o senhor não se esqueça de trazer todos os medicamentos que possui em casa, tanto aqueles receitados pelo médico quanto os que não precisam de receita. Além disso, se o senhor fizer uso de ervas medicinais, suplementos, vitaminas, também pode trazer pra consulta. Também é muito importante trazer todas as receitas e os exames que tem em casa pra gente poder dar uma olhada.

Muito bem, então sua consulta ficou agendada para o dia __/__/__, às 8h na unidade de saúde, na sala 2, ao lado da recepção.

Muito obrigado senhor João, tenha um bom-dia.

Nota: É interessante pedir para que alguém da equipe responsável por agendamentos ligue para o paciente um dia antes da consulta, reiterando seu agendamento e confirmando seu comparecimento. Isso pode aumentar consideravelmente a adesão ao serviço, diminuindo ausências que podem comprometer a eficiência do serviço.

As consultas de retorno podem ser agendadas ao término de cada consulta, diretamente com o paciente, ou por telefone.

.....

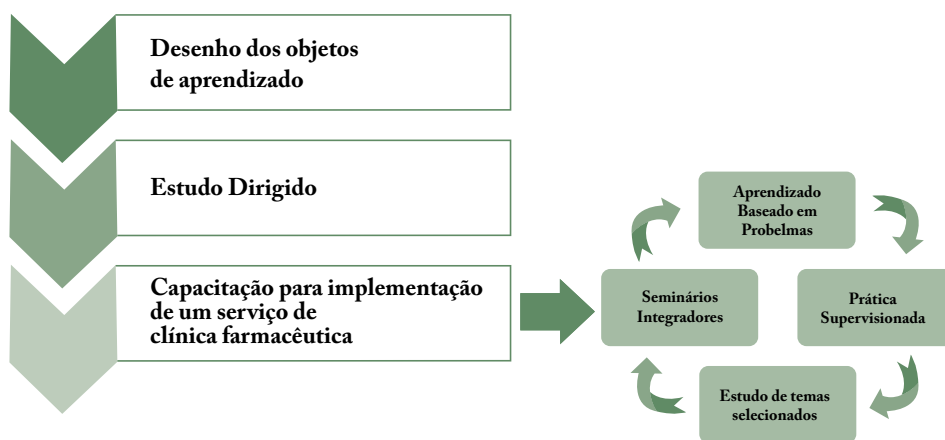
Parte 2: Proposta pedagógica de capacitação profissional para o serviço de clínica farmacêutica

Algo imprescindível para a implantação de um serviço de clínica farmacêutica é a padronização do processo de trabalho dos farmacêuticos. Nossa proposta de padronização busca guiar o profissional por caminhos que o direcionem a um processo de trabalho coerente, organizado, objetivo e reprodutível, levando em consideração pontos específicos que não devem ser esquecidos durante o exercício do cuidado farmacêutico. Consideramos importante que o serviço alcance um padrão mínimo de homogeneidade, que venha a gerar um modelo de qualidade que possa, inclusive, ser aperfeiçoado com a experiência coletiva na área. Além desse padrão de homogeneidade e qualidade, temos de considerar a mudança do processo de trabalho dos farmacêuticos, que passam a integrar o serviço de clínica farmacêutica, o qual apresenta como objetivo prover o cuidado farmacêutico ao paciente de forma individualizada, diferentemente de outros serviços prestados pelo farmacêutico.

Dessa forma, fica clara a necessidade de um processo de capacitação para a sistematização do trabalho e o desenvolvimento de habilidades clínicas desses profissionais. Contudo, a formação do farmacêutico para a clínica, de forma descontextualizada de seu local de trabalho, tem se mostrado uma forma ineficaz de tornar o cuidado farmacêutico uma realidade. Por isso, propomos uma abordagem diferente, na qual a capacitação ocorre pela transformação e implantação do próprio serviço. A capacitação deve estar focada na reorganização do processo de trabalho, que por sua vez, transforma o profissional e sua prática. É a lógica do “implantar para formar”, ao invés de “formar para implantar”.

Para alcançar estes objetivos, propomos a utilização de um modelo misto, que inclui diferentes estratégias pedagógicas, como estudo dirigido, aprendizagem baseada em problemas e projetos, atividades práticas em serviço com supervisão direta, atividades práticas sem supervisão e seminários integrativos para discussão de temas vinculados à clínica farmacêutica (Figura 1). Todo o processo de capacitação necessita de pelo menos seis meses para ser desenvolvido.

Figura 1 – Modelo de capacitação para o serviço de clínica farmacêutica na Atenção Básica à Saúde



Fonte: Autores.

Este caderno apresenta primeiramente a etapa do processo de capacitação relacionada ao estudo dirigido, orientado ao desenvolvimento de algumas habilidades ligadas à Saúde Baseada em Evidência e Farmacologia. Logo após, será apresentada a etapa de capacitação direcionada ao processo do cuidado farmacêutico, operacionalizado pelo serviço de clínica farmacêutica. Esta capacitação inclui a discussão de objetivos do serviço, metas, fluxo de atividades, propostas de utilização de formulários específicos, modelo de prontuário, instrumentos de avaliação e métodos de agendamento de pacientes. Diferente da etapa de estudo dirigido, a capacitação focada no serviço de clínica farmacêutica apresentada nesse caderno pode ser realizada por intermédio de diversas técnicas de ensino trabalhadas de maneira concomitante. O Quadro 2 explica as atividades vinculadas a esse modelo de ensino-aprendizagem.

Quadro 2 - Estratégias pedagógicas vinculadas ao modelo de capacitação do serviço de clínica farmacêutica na Atenção Básica à Saúde

- 1. Estudo dirigido:** roteiro para autoestudo focado em áreas importantes para o desenvolvimento de habilidades clínicas do farmacêutico como a Saúde Baseada em Evidência e a Farmacologia. O estudante utiliza de seus recursos próprios para tentar encontrar respostas para problemas que são apresentados.
- 2. Aprendizagem baseada em problemas:** desenvolvimento de exercícios com contexto clínico para a aprendizagem de habilidades necessárias para a execução do serviço de clínica farmacêutica. Os estudantes partem de seus conhecimentos prévios para tentar resolver problemas clínicos concretos, com auxílio de um tutor. Objetivos de aprendizagem são traçados e após a primeira discussão e estudo individual das lacunas de conhecimento, nova discussão procura fechar o estudo do problema inicial.
- 3. Prática supervisionada:** acompanhamento de apoiadores em momentos do serviço de clínica farmacêutica, para o estabelecimento de relações teórico-práticas, como estratégia do processo de formação técnica e o desenvolvimento de competências dos farmacêuticos.
- 4. Estudo temático sobre uso racional de medicamentos:** atividade focada na aplicação de técnicas de Saúde Baseada em Evidências para subsidiar a discussão sobre temas ligados ao uso racional de medicamentos, no contexto de um comitê de uso racional de medicamentos.
- 5. Seminários integradores:** encontros organizados por farmacêuticos do serviço e supervisionados por apoiadores voltados à discussão de pontos como as diretrizes clínicas de doenças prevalentes e os problemas relacionados à farmacoterapia de maior relevância para o serviço.

Fonte: Autores.

Outro ponto a ser destacado é a necessidade de capacitação continuada em farmacoterapia e na busca de evidências em saúde. Não há como haver um serviço clínico de qualidade, que melhore desfechos em saúde com farmacêuticos que não estão em constante atualização do conhecimento. É preciso ter a consciência de que o processo de capacitação é um trabalho árduo, porém indissociável do profissional que trabalha com clínica e atendimento ao paciente. Ao mesmo tempo, é um fator que dinamiza o trabalho do farmacêutico tornando o mais interessante, desafiador e empolgante.

2.1 Desenho dos objetivos de aprendizagem

Os objetivos de aprendizagem foram desenhados tendo por base aqueles conhecimentos e habilidades considerados essenciais para que o farmacêutico seja capaz de conduzir, com sucesso, uma consulta farmacêutica ao paciente e manter um relação profissional saudável com ele e a equipe de saúde, atendendo aos objetivos do serviço de clínica farmacêutica.

Para isso, considerou-se que, ao final do processo de capacitação, o farmacêutico deverá estar apto a:

- Descrever as etapas de uma consulta farmacêutica, relacionando-as ao método clínico de cuidado em saúde.

- Organizar o perfil do paciente, coletando informações sobre capacidade de gestão dos medicamentos, história social e familiar, fatores de risco e acesso aos medicamentos.
- Construir uma história de medicação completa do paciente, avaliando seu conhecimento, sua adesão ao medicamentos e suas suspeitas de reações adversas.
- Construir uma história clínica do paciente, classificando o estado clínico atual de cada problema de saúde existente.
- Identificar problemas relacionados à farmacoterapia, aplicando critérios implícitos e explícitos de avaliação.
- Realizar intervenções farmacêuticas, registrando-as com as ações pactuadas com o paciente.
- Elaborar um registro do atendimento no prontuário do paciente em formato de dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano (SOAP), explicando-os.
- Realizar a orientação terapêutica, aplicando técnicas de aconselhamento ao paciente.
- Redigir um parecer farmacêutico dirigido à equipe, seguindo estrutura definida para este documento.

2.2 Primeira etapa do processo de capacitação: realização de estudo dirigido

O estudo dirigido é uma atividade realizada pelos alunos, com roteiros previamente traçados pelo professor, conforme as necessidades do aluno ou da classe. No estudo dirigido, o aluno, seja individualmente ou em grupo, precisa atuar de maneira ativa para que os objetivos de aprendizagem sejam alcançados. Além disso, o aluno deve usar seu conhecimento prático e sua criatividade na extrapolação do conteúdo do texto, para que a aprendizagem seja ainda maior. Esta atividade de estudo dirigido é proposta ao grupo de farmacêuticos, que tem como meta implementar o serviço de clínica farmacêutica, antes que seja realizado o primeiro encontro presencial para discutir o serviço em si. O estudo dirigido pode ser apresentado ao grupo em uma reunião presencial, no entanto sua realização pode ser feita a distância. A correção e a avaliação do estudo dirigido entregue por cada farmacêutico será apresentada ao estudante e ao grupo em um encontro posterior.

Escolhemos dois temas fundamentais para o desenvolvimento de habilidades clínicas do farmacêutico: a Saúde Baseada em Evidências e a Farmacologia. O estudo dirigido dos temas apresentam três etapas:

- Apresentação: Visão global do tema por meio de objetos de aprendizagem (texto ou vídeo).
- Análise: Resolução de questões claras e simples como a busca de significado de termos importantes para tema.
- Síntese: Problemas práticos a serem resolvidos.

O estudo dirigido, apresentado neste caderno, de forma alguma pretende esgotar o conhecimento envolvido nos temas referentes à atuação do farmacêutico clínico. O presente roteiro de estudo tem como objetivo preparar para um processo de capacitação a ser realizado posteriormente. Também estimula o processo de aprendizagem que deve acontecer de maneira integrada à prática profissional e que, sem dúvida, é essencial para o crescimento profissional do farmacêutico. Além disso, serve como diagnóstico dos pontos fortes e deficientes do grupo, para assim facilitar a continuidade e aumentar a eficácia do processo de capacitação. A seguir exemplos de como estes tópicos foram trabalhados no estudo dirigido.

2.1.1 Saúde Baseada em Evidência

A Saúde Baseada em Evidências (SBE) é uma abordagem que utiliza as ferramentas da Epidemiologia Clínica, da Estatística, da Metodologia Científica, e da Informática para trabalhar a pesquisa, o conhecimento e a atuação em saúde, com o objetivo de aplicar a melhor informação disponível para a tomada de decisão nesse campo.

A SBE busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a eficácia, a efetividade, a eficiência e a segurança das intervenções em saúde. Em outras palavras, a SBE utiliza provas científicas existentes e disponíveis no momento, com boa validade interna e externa, para a aplicação de seus resultados na prática clínica.

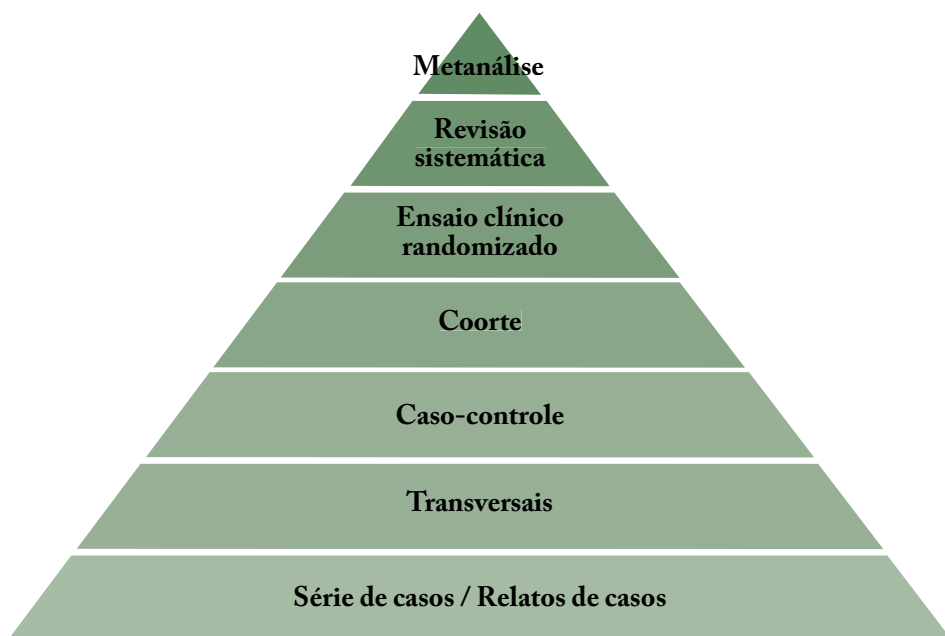
O entendimento dos processos envolvidos na Saúde Baseada em Evidência é essencial para atuação do farmacêutico. Alguns tópicos centrais envolvidos na Saúde Baseada em Evidências demonstram a importância do envolvimento do farmacêutico nesse processo:

- Prognóstico: como estimar a evolução clínica do paciente e antecipar prováveis complicações do problema de saúde em questão.
- Tratamento: como selecionar tratamentos para oferecer ao paciente aqueles que produzem mais benefícios e menor risco e custo.

O processo da SBE inicia-se pelo surgimento de uma questão clínica problema, que pode ser oriunda de uma situação real vivida pelo paciente e pela equipe de saúde. A partir dessa situação e da formulação adequada da “pergunta clínica”, o próximo passo será identificar os melhores desenhos de estudos, capazes de responder à essa pergunta. Para avaliação da eficácia e da segurança de um tratamento farmacológico, por exemplo, os melhores desenhos de estudos consistem em Ensaios Clínicos Randomizados ou, preferencialmente, de Revisões Sistemáticas e Metanálises produzidas a partir de ensaios já publicados (EL DIB, 2007).

Assim, as evidências científicas podem ser classificadas em níveis hierárquicos (Figura 2), de acordo com o tipo de informação que se busca (estudos sobre tratamentos, métodos diagnósticos, ou métodos prognósticos, por exemplo). Para análise de intervenções, as informações de maior credibilidade são aquelas advindas de metanálises de revisões sistemáticas, que sintetizam rigorosamente todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica (COOK et al., 1992; ECCLES et al., 1998; WANNMACHER; FUCHS, 2000).

Figura 2 – Níveis hierárquicos das evidências científicas



Fonte: Oxford, 2009.

O próximo passo será a localização e a análise crítica dos estudos considerados mais relevantes para responder a questão clínica. Isso requer habilidades para construção de estratégias eficientes de busca nas bases de dados e habilidade para avaliação da qualidade metodológica dos estudos e, principalmente, da sua aplicabilidade para a prática clínica.

Dada a complexidade desta área, o objetivo do estudo dirigido foi introduzir os farmacêuticos no tema, considerando os diferentes graus de familiaridade entre os diferentes profissionais. Para isso, centrou-se na identificação dos tipos de estudos clínicos e termos técnicos minimamente necessários para interpretação de artigos e na experiência de resolução de um problema clínico concreto, a partir

da busca de evidências em uma fonte secundária de pesquisa. O resultado deste estudo realizado pelos farmacêuticos foi entregue e discutido posteriormente em encontro presencial, com objetivo de vivenciar na prática a importância da aplicação da SBE. Veja os exemplos de atividades a seguir:

Quadro 3 - Atividade estudo dirigido: Saúde Baseada em Evidências 1

Procurar em fontes de informação primária, secundária ou terciária, o significado dos seguintes termos:

1. Ensaio Clínico Randomizado e duplo-cego.
2. Metanálise.
3. Estudo retrospectivo.
4. Estudo prospectivo.
5. Revisão Sistemática.
6. Revisão Cochrane.
7. OR (*odds ratio*).
8. RR (risco relativo).
9. NNT (número necessário para tratar).

Fonte: Autores.

Quadro 4 - Atividade estudo dirigido: Saúde Baseada em Evidências 2

A Saúde Baseada em Evidência pode e deve ser utilizada no processo de trabalho do profissional farmacêutico. Realizar o seguinte exercício:

- Imagine que você realizou uma consulta com a Sra. A.F.G, dona de casa, obesa, 58 anos de idade e com hipertensão arterial controlada. Ela é tabagista há 20 anos e está tentando parar de fumar. Durante a consulta, ela relata que utiliza vitamina E e betacaroteno para diminuir o risco de problemas cardiovasculares, com base em uma orientação que encontrou na internet. Faça uma avaliação (seguindo os conceitos de Saúde Baseada em Evidência) sobre essa automedicação do paciente.

Para resolução desse problema sugerimos a busca da melhor (ou das melhores) evidência em saúde no principal banco de dados da área de ciências biomédicas conhecido como Medline.

Um portal muito utilizado para pesquisa do banco de dados Medline é o Pubmed e pode ser acessado no seguinte endereço: <www.pubmed.com>

Fonte: Autores.

2.1.2 Farmacologia

O estudo dirigido em farmacologia foi direcionado à Farmacodinâmica. A Farmacodinâmica estuda a interação dos fármacos com o organismo, ou seja, estuda o que os fármacos fazem com os sistemas do organismo. Embora alguns fármacos apresentem seus efeitos de maneira inespecífica, a maioria consegue

seus efeitos esperados por atuar em alvos moleculares determinados. Exemplos de fármacos que atuam de maneira inespecífica são os antiácidos que atuam por meio de efeito tampão e alguns laxantes que promovem seus efeitos por suas propriedades osmóticas. Ao longo dos anos, com auxílio do desenvolvimento de técnicas bioquímicas de biologia molecular e de biologia celular, a maneira como os fármacos atuam nos diversos sistemas dos organismos vem sendo desvendada.

Diante da pergunta “como um fármaco atua no organismo?”, é possível responder basicamente escolhendo três níveis de atuação desse fármaco. O primeiro seria descrevendo o efeito ou a resposta no organismo, como, por exemplo, a redução da dor conseguida por um anti-inflamatório não esteroide (Aine), como a aspirina. O segundo seria as alterações celulares ocorridas após a utilização desse fármaco. Com o exemplo da aspirina, pode-se dizer que a utilização desse fármaco reduz os níveis de metabólitos do ácido araquidônico, como as prostaglandinas, que fazem parte dos eventos celulares envolvidos com dor e inflamação. Esse nível de alteração se chama ação do fármaco. Ainda, é possível explicar a razão da ação do fármaco (mecanismo de ação), que, no caso da aspirina, age com as enzimas ciclooxigenase-1 e ciclooxigenase-2, reduzindo a atividade destas. Pode-se, dessa forma, dividir a interação dos fármacos em três níveis: efeito ou resposta, ação e mecanismo de ação. Assim, torna-se simples entender que o efeito de um fármaco depende de sua ação, que, por sua vez, ocorre devido ao mecanismo de ação do fármaco.

É possível constatar que os fármacos desempenham seus efeitos por meio da interação com estruturas químicas presentes no organismo. Os locais nos quais os fármacos realizam sua interação são chamados de alvos moleculares.

Não se deve confundir o mecanismo de ação de um fármaco com seu efeito e sua indicação terapêutica. Muitas vezes, um mesmo fármaco, por meio de seu

mecanismo de ação, desencadeia uma série de efeitos, como, por exemplo, a aspirina, que ao atuar reduzindo a atividade da enzima ciclooxigenase-1 pode agir como um analgésico e ao mesmo tempo, e pelo mesmo mecanismo de ação, atuar como um agente antiagregante plaquetário. Podendo, dessa forma, ser utilizado em diferentes indicações terapêuticas. Basicamente, os fármacos atuam em estruturas conhecidas como enzimas, canais iônicos, receptores e carreadores, de forma a antagonizar ou mimetizar a ação desses alvos no organismo. Fármacos como os benzodiazepínicos, por exemplo, atuam de forma a mimetizar a ação do aminoácido inibitório GABA, em seus receptores, e os anti-histamínicos, como a loratadina, atuam antagonizando a ação da histamina em seus receptores.

O entendimento dos níveis de atuação dos fármacos no organismo auxilia muito no entendimento dos resultados terapêuticos encontrados nos pacientes que fazem uso da farmacoterapia.

Quadro 5 - Atividade estudo dirigido Farmacologia 1

Como exercício insira ao menos dois exemplos de fármacos (presentes na Rename) que atuem nos seguintes alvos moleculares:

1. Canais iônicos.
2. Moléculas transportadoras (carreadores).
3. Enzima.
4. Receptor acoplado a proteína G.
5. Receptor acoplado a quinases.
6. Receptor acoplado a canal iônico.
7. Receptor nuclear (intracelular).

Fonte: Autores.

Quadro 6 - Atividade estudo dirigido Farmacologia 2

Completar as informações da tabela a seguir vinculadas aos níveis de atuação dos fármacos, assim como suas indicações terapêuticas (no caso de fármacos com mais de uma indicação terapêutica escolha apenas uma delas).

Fármaco

Efeito

Ação

Mecanismo de Ação

Indicação Terapêutica

Omeprazol

Ranitidina

Ibuprofeno

Fluoxetina

Diazepam

Metformina

Glibenclamida

Sinvastatina

Digoxina

Alendronato

Salbutamol

Dexametasona

Ipratrópio

Atenolol

Anlodipino

Paracetamol

Carvedilol

Beclometasona

Enalapril

Carbamazepina

Metildopa

Hidroclorotiazida

Morfina

Fonte: Autores.

2.3 Capacitação para início do serviço de clínica farmacêutica

Uma vez realizada a fase de estudo dirigido, tem início a capacitação para a implantação do serviço de clínica farmacêutica. Como referido, esta etapa conta com algumas abordagens pedagógicas, entre elas a aprendizagem baseada em problemas, a prática supervisionada, o estudo temático de temas selecionados e os seminários integrativos.

2.3.1 Primeiro encontro de capacitação

O primeiro encontro desta capacitação tem por objetivo principal desenvolver habilidades clínicas para a implantação do serviço de clínica farmacêutica. Para tanto, sugere-se a realização de um encontro presencial, com duração de 16 a 20 horas, cujo objetivo é apresentar o processo de trabalho e a consulta farmacêutica, utilizando como recursos didáticos casos clínicos, exercícios de fixação e simulação de atendimento (*Role Play*).

A ementa deste primeiro encontro pode ser a seguinte:

O método clínico do cuidado farmacêutico. Roteiro da consulta farmacêutica. Como conhecer o perfil do paciente. Coleta da história de medicação do paciente. Avaliação da adesão aos medicamentos. Avaliação dos problemas de saúde do paciente. Identificação de problemas da Farmacoterapia. Intervenções farmacêuticas. Aconselhamento ao paciente. Registro no prontuário da unidade de saúde. Elaboração de parecer farmacêutico. Registro de consultas de retorno.

A seguir um exemplo de como organizar o cronograma deste encontro presencial, neste caso considerando uma carga horária de 16 horas:

Quadro 7 - Exemplo de cronograma de encontro presencial

Dia 1
8h30-9h30: Boas-vindas e aplicação do pré-teste 9h30-10h: Apresentação do Curso e Formação das Equipes
10h-10h15: Intervalo
10h15-11h30: Trabalho em grupo – Primeira Simulação 11h30-12h: Discussão turma – Resolução do Caso
12h-13h30: Almoço
13h30-14h30: Trabalho em grupo – Exercícios de Fixação 14h30-15h: Discussão turma – Dúvidas
15h-15h15: Intervalo
15h15-17h: Trabalho em grupo – Segunda Simulação 17h-17h30: Discussão turma – Dúvidas 17h30-18h: Fechamento e Resumo do Primeiro Dia
Dia 2
8h30-10h: Trabalho em grupo – Exercícios de Fixação
10h-10h15: Intervalo
10h15-11h15: Trabalho em grupo – Terceira Simulação 11h15-12h: Discussão turma – Dúvidas
12h-13h30: Almoço
13h30-15h: Trabalho em grupo – Registros e Relatórios
15h-15h15: Intervalo
15h15-16h: Discussão turma: Dúvidas 16h-17h30: Aplicação do pós-teste 17h30-18h: Fechamento e resumo do segundo dia

Fonte: Autores.

Os estudantes podem receber com antecedência o material didático do curso contendo as informações sobre como aplicar o método clínico e realizar a consulta farmacêutica. Para detalhes sobre este conteúdo, consulte a Parte 3 deste caderno. Tendo em mente este conhecimento, o curso pode se dar mais voltado à aplicação do conhecimento, via simulação de atendimento.

Leia a seguir uma sugestão de instruções para a realização da atividade de simulação de atendimento:

Quadro 8 - Sugestões de instruções para simulação de atendimento

Para realizar esta atividade, a turma é dividida em grupos de três pessoas cada.

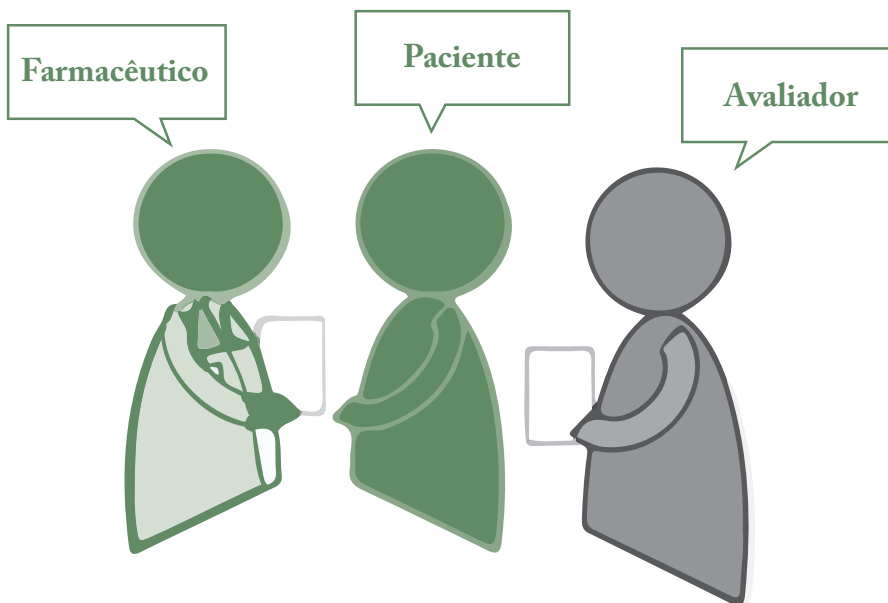
Em seguida, cada grupo recebe os seguintes materiais:

- Três conjuntos de prontuários do serviço de clínica farmacêutica (ver Parte 4)
- Três conjuntos de formulários de Avaliação da Consulta Farmacêutica (ver Parte 4)
- Três *scripts* com casos clínicos para o paciente (ver Parte 4)

continua

continuação

Cada simulação envolve três personagens: o paciente, o farmacêutico e o avaliador.



- Aquele que fará o papel de farmacêutico deve estar portando o prontuário do serviço.
- Aquele que fará o papel de avaliador deverá estar portando o formulário de avaliação.
- Aquele que fará o papel do paciente deverá escolher um dos três casos para interpretar o paciente. O “paciente” terá cinco minutos para estudar e incorporar o personagem.

Antes de começar o jogo os três devem ler o roteiro da consulta, que servirá de *script* para a simulação. Devem também identificar os campos no prontuário onde irão registrar cada momento da consulta.

Dúvidas devem ser tiradas no material didático de apoio ou com os facilitadores que estarão presentes durante todo o curso.

continua

conclusão

Para começar o jogo, o “farmacêutico” deverá conduzir uma consulta com o “paciente”, enquanto o avaliador “observa” e registra sua avaliação no formulário. Cada simulação de consulta deve durar no máximo 45 minutos.

Ao final da simulação, o trio deverá discutir as dificuldades, sendo que cada participante deve expor seu ponto de vista.

O próximo passo será discutir o caso clínico, identificando os problemas pertinentes e registrando no prontuário todas as informações necessárias para fechar a consulta.

Será redigido um registro SOAP para cada simulação.

Será redigido um parecer farmacêutico sempre que o caso clínico assim exigir.

Ao final, os papéis são trocados e uma nova simulação é iniciada.

Ao longo das 16 horas deste primeiro encontro serão feitas três dinâmicas (três casos) alternando os papéis.

Fonte: Autores.

Para que a simulação aconteça de forma mais realista, são fornecidos casos clínicos ao grupo, de modo que o aluno que fará o papel de paciente possa contar com um roteiro detalhado sobre o personagem que estará encenando. Veja na Parte 4 deste caderno exemplos de casos clínicos para esta atividade.

Para avaliação dos participantes deste encontro de capacitação pode ser utilizado questionário com questões de múltipla escolha, aplicado antes do início do curso

(pré-teste) e ao final do curso (pós-teste). O desempenho do estudante poderá ser medido pela nota do pós-teste, bem como pela mudança na nota na comparação pré-teste/pós-teste. Para elaboração desse teste sugere-se a utilização das questões que avaliem, principalmente, a aplicação do conhecimento na resolução de problemas.

É importante destacar que esta estratégia de avaliação via prova escrita não será capaz de medir o desenvolvimento de competência clínica, mas sim de aquisição de conhecimentos durante o próprio curso. Além disso, a realização do pré e pós-teste tem o efeito de envolver de forma mais efetiva o estudante no curso, alertando para aqueles conhecimentos que são mais relevantes.

Durante a realização do curso, podem ser utilizados exercícios de fixação, de forma alternada com as simulações de atendimento, a fim de tornar o curso mais dinâmico e criar momentos de reflexão sobre a atividade desenvolvida, bem como para dirimir dúvidas sobre o processo e o prontuário de registro da consulta farmacêutica. Veja exemplos de exercícios de fixação que podem ser aplicados na Parte 4 deste Caderno.

Uma vez que este curso tenha sido concluído, os farmacêuticos devem iniciar o serviço de clínica farmacêutica, agendando e atendendo pacientes em sua unidade de saúde, utilizando o prontuário e os procedimentos vivenciados durante o encontro presencial. Esta etapa, se possível, conta com a participação de apoiadores de campo, que são farmacêuticos com formação e experiência prática em consultas farmacêuticas ambulatoriais. Esta etapa é chamada “Prática Supervisionada”. Transcorrido tempo suficiente para que cada farmacêutico tenha vivenciado várias

consultas farmacêuticas e tenha discutido dúvidas com seu apoiador, é o momento de realização do segundo encontro presencial.

2.3.2 Prática supervisionada

A prática supervisionada tem início após a realização do estudo dirigido e do primeiro encontro de capacitação, e dá-se no próprio serviço onde o farmacêutico inicia o agendamento de pacientes e as consultas farmacêuticas. O farmacêutico realiza parte de suas consultas na presença de um apoiador e é acompanhado por este durante o período de pelo menos seis meses. Cada farmacêutico recebe, no mínimo, uma visita mensal do apoiador, que é responsável por dar suporte e auxiliar o profissional nas questões referentes ao atendimento, ao registro em prontuário e à marcação de retornos. Destaca-se também o papel essencial do apoiador na manutenção da motivação do profissional farmacêutico, considerando as inseguranças e as dificuldades encontradas na realização desta nova prática. A supervisão acontece também por meio da discussão de casos e do auxílio na definição de condutas com os farmacêuticos, nas reuniões agendadas com o apoiador.

Outro ponto importante desta etapa da capacitação é a avaliação e o *feedback* dados pelos apoiadores aos farmacêuticos, utilizando como referência o instrumento de avaliação da consulta, apresentado na Parte 4 deste Caderno.

Os seminários integrativos ocorrem a partir do início da prática supervisionada e visam integrar diferentes farmacêuticos e seus apoiadores, por meio de reuniões de estudo e de discussões de casos. Estas atividades se intensificam após o segundo encontro de capacitação.

2.3.3 Segundo encontro de capacitação

O segundo encontro presencial de capacitação tem por objetivo continuar o processo de formação dos farmacêuticos, no sentido dos objetivos de aprendizagem inicialmente propostos. Para isso, esse encontro pode trabalhar com uma ementa complementar aquela do primeiro encontro:

Coleta da história de medicação do paciente. Avaliação da adesão aos medicamentos. Avaliação dos problemas de saúde do paciente. Identificação de problemas da farmacoterapia. Intervenções farmacêuticas. Aconselhamento ao paciente. Registro no prontuário da unidade de saúde. Elaboração de parecer farmacêutico. Registro de consultas de retorno. Divulgação científica sobre medicamentos. Funcionamento dos comitês de Uso Racional de Medicamentos.

Como se pode ver, a questão da consulta farmacêutica continua sendo o ponto central deste encontro. Para trabalhar este conteúdo, são identificados casos clínicos reais de pacientes que foram atendidos pelos farmacêuticos no período. Estes casos clínicos são organizados e analisados com finalidade didática, isto é, são elaborados exercícios de estudo em sala de aula baseados nestes casos.

De forma adicional, são trabalhados conteúdos voltados à estruturação dos Comitês de Uso Racional de Medicamentos (Curames) no município, que serão trabalhados por meio de estudo de temas selecionados, e conteúdos de revisão em Farmacologia Clínica.

A seguir, um exemplo de como organizar o cronograma deste encontro presencial, neste caso considerando uma carga horária de 24 horas. São três dias de trabalho, sendo os dois primeiros dias consecutivos, e o terceiro dia realizado 30-45 dias depois.

Quadro 9 - Exemplo de cronograma de encontro presencial 2

Dia 1
8h30-9h: Apresentação do curso
9h-10h30: Discussão sobre os resultados do estudo dirigido e primeiro encontro de capacitação. Revisão sobre processos da farmacoterapia .
10h30-10h45: Intervalo
10h40-12h30: Discussão turma – Primeiro caso clínico
12h30-14h: Almoço
14h-15h: Discussão turma – Primeiro caso clínico
15h-15h15: Intervalo
15h15-17h30: Discussão turma – Segundo caso clínico. Fechamento e resumo do primeiro dia
Dia 2
8h30-10h: Discussão turma – Terceiro caso clínico
10h-10h15: Intervalo
10h15-12h: Discussão turma – Terceiro caso clínico
12h-13h30: Almoço
13h30-17h30: Dinâmica– Atividade de simulação de trabalho de divulgação científica sobre medicamentos e Curames
Dia 3 – PROJETOS – 30-45 dias após a primeira fase
8h30-17h30: Apresentação dos grupos referente aos temas de divulgação científica sobre medicamentos. Entrega dos materiais educativos impressos sobre os temas.

Fonte: Autores.

Exemplos de casos clínicos que podem ser trabalhados neste encontro, bem como de exercício de revisão e de aplicação de conhecimentos de Farmacologia Clínica podem ser encontrados na Parte 4 deste Caderno.

Ao final do segundo dia de capacitação é desenvolvida uma atividade prática com objetivo de simular uma discussão de um Curame, a fim de selecionar temas que serão trabalhados em grupos e apresentados 30-45 dias depois, no terceiro dia de capacitação. Nesta atividade, os farmacêuticos aplicam técnicas de Saúde Baseada em Evidências para estudo de temas ligados ao uso racional de medicamentos. O objetivo é desenvolver habilidades para a formulação de questões clínicas, busca de informações e análise crítica, além do planejamento de ações concretas, com a equipe de saúde, para promoção do uso racional de medicamentos no município. Veja a seguir um exemplo de como estruturar essa atividade:

Quadro 10 - Exemplo de estruturação de atividade de Curame

A fim de iniciarmos a formação para realização destes serviços, preparamos a seguinte atividade:

A turma é dividida em grupos de seis pessoas cada. Os integrantes do grupo devem pertencer a mesma macrorregião para simular o trabalho do Curame que será implementado na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

O objetivo dessa atividade é desenvolver as habilidades necessárias ao farmacêutico para a identificação de problemas envolvendo: a utilização de medicamentos; busca, análise e síntese de dados científicos; e a divulgação de informações envolvidas com o uso racional de medicamentos.

Em seguida, cada grupo deve:

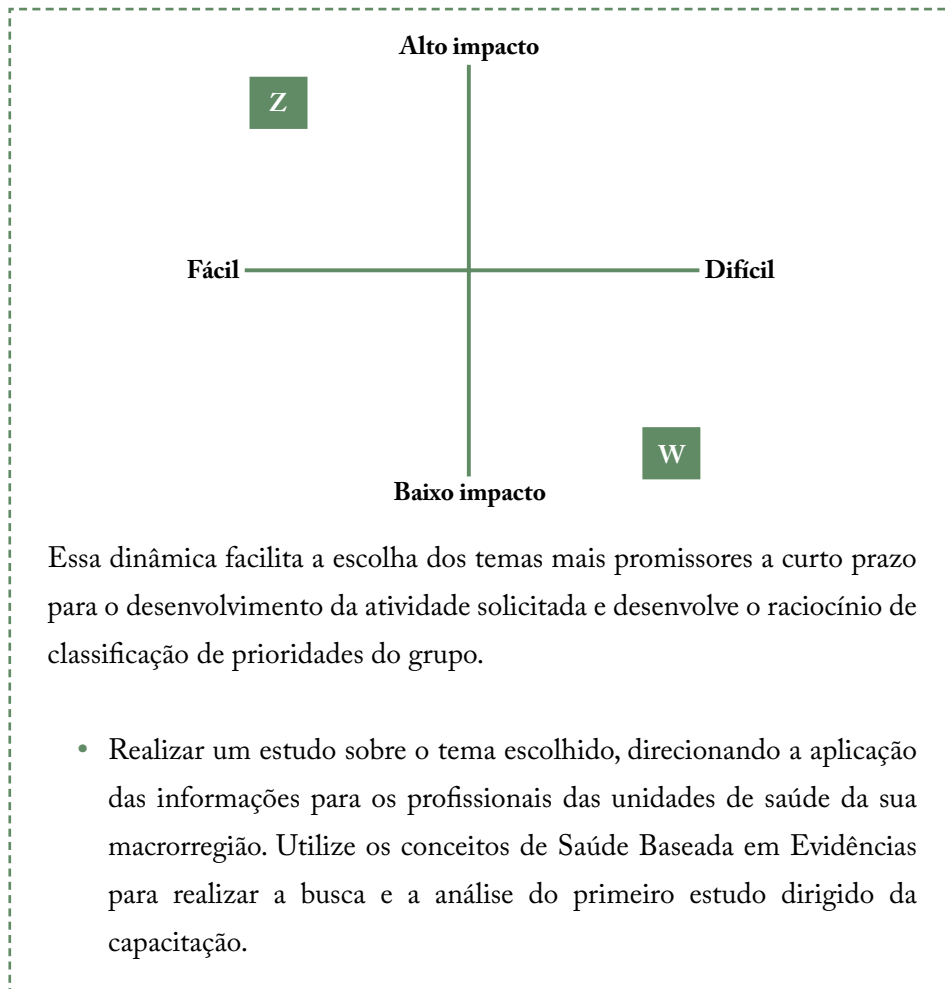
continua

continuação

- Escolher um tema de interesse e relevante para o uso racional de medicamentos. Para facilitar a escolha do tema relacionado ao uso racional de medicamentos realizamos uma dinâmica com os grupos de farmacêuticos a fim de gerar um raciocínio de prioridade no desenvolvimento das atividades do Curame. Nessa dinâmica os farmacêuticos desenvolveram ao menos dois temas de interesse do Curame e, logo após, posicionaram os temas em um gráfico conhecido como “altos e baixos” para categorizar os temas segundo seu impacto sobre o uso racional de medicamentos e relacionar o grau de dificuldade de desenvolvimento deles. O gráfico de “altos e baixos” apresenta o nível de impacto no eixo das ordenadas e o grau de dificuldade no eixo das abscissas. Como critério de impacto sugerimos uma avaliação geral dos resultados do desenvolvimento do tema segundo a tríade conhecida como modelo ECHO, que considera os resultados econômicos, clínicos e humanísticos (KOZMA, 1995). Para o critério de dificuldade no possível desenvolvimento do tema, sugerimos a avaliação da percepção dos componentes do grupo conforme a realidade de sua macrorregião. O gráfico a seguir exemplifica um tema (z), categorizado como provável alto impacto e fácil desenvolvimento, e um tema (w), com baixo impacto e que demandará muito esforço da equipe.

continua

continuação



Essa dinâmica facilita a escolha dos temas mais promissores a curto prazo para o desenvolvimento da atividade solicitada e desenvolve o raciocínio de classificação de prioridades do grupo.

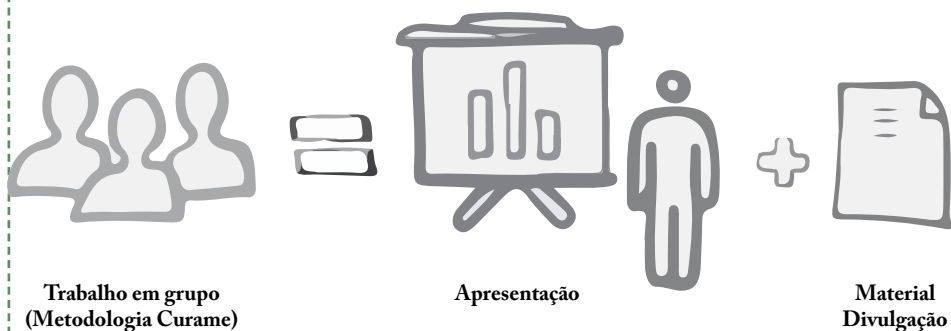
- Realizar um estudo sobre o tema escolhido, direcionando a aplicação das informações para os profissionais das unidades de saúde da sua macrorregião. Utilize os conceitos de Saúde Baseada em Evidências para realizar a busca e a análise do primeiro estudo dirigido da capacitação.

continua

conclusão

- Trabalhar o tema no grupo utilizando a mesma metodologia proposta para condução dos Curames.
- Confeccionar um material de divulgação voltado ao uso racional de medicamentos do tema escolhido de no máximo duas páginas. O formato do material fica a critério de cada grupo.
- Preparar uma apresentação oral sobre o trabalho desenvolvido. A apresentação deve ser de no máximo 15 minutos. A metodologia e a estrutura da apresentação fica a critério de cada grupo. Recomenda-se o uso mínimo de Power Point®.

Em resumo o trabalho envolve seis farmacêuticos e deve gerar dois produtos: um de material divulgação impresso e uma apresentação.



Fonte: Os Autores.

Exemplos de temas de interesse levantados pelos grupos nesta atividade incluem o uso concomitante de inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores da angiotensina II, critérios para utilização oportuna de insulina em diabéticos tipo 2, uso racional de broncodilatadores adrenérgicos e corticoides inalatórios em pacientes com asma brônquica, critérios para prescrição de omeprazol em pacientes assintomáticos, entre outros.

2.3.4 Seminários integrativos

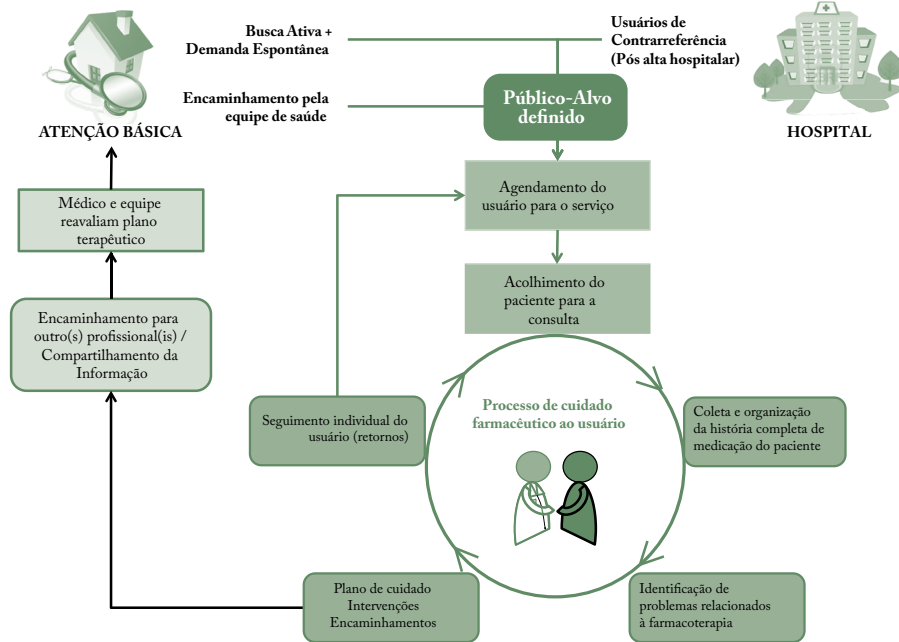
Como já referido, seminários integrativos, com a participação de farmacêuticos que estão iniciando o serviço de clínica farmacêutica e apoiadores, são organizados de forma periódica, geralmente uma vez por mês. Nestas reuniões são discutidas as dificuldades relativas à rotina do serviço, incluindo realização da consulta, uso do prontuário, relacionamento com a equipe, gestão de crises, estrutura física, além de casos específicos de pacientes. Nessas reuniões, farmacêuticos de outros serviços e professores são também convidados, a fim de colaborar com as discussões e apresentar pequenas palestras, com duração que varia de 30 a 60 minutos, sobre temas diversos escolhidos pelo próprio grupo. Estes seminários geralmente são revisões embasadas por evidências sobre a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento das doenças mais prevalentes, como hipertensão, diabetes mellitus, doença arterial coronariana, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, ansiedade, insônia, osteoartrite, artrite reumatoide, entre outras condições.

Parte 3: Aplicando o método clínico ao cuidado farmacêutico

A partir deste ponto trabalhamos as questões operacionais para a realização da consulta farmacêutica. Os autores deste Caderno buscam apresentar um modelo que auxilia no desenvolvimento coerente das atividades próprias da prática clínica, compartilhando experiências e sugerindo métodos a serem utilizados pelos profissionais. Os conteúdos a seguir são aqueles fornecidos aos farmacêuticos antes do primeiro encontro presencial de capacitação.

Como já apresentado no Caderno 1, a consulta farmacêutica ocorre no contexto de um serviço de clínica farmacêutica. Este, por sua vez, organiza-se em um fluxo de trabalho do farmacêutico, que permite o desenvolvimento do cuidado farmacêutico (Figura 3). O funcionamento de cada etapa é determinante para que o serviço se desenvolva. Logo, durante sua implantação, deve haver uma preocupação organizacional com estratégias que garantam que todos os pontos do processo estão sendo realizados.

Figura 3 - Fluxo de atividades do serviço de clínica farmacêutica



Fonte: Autores.

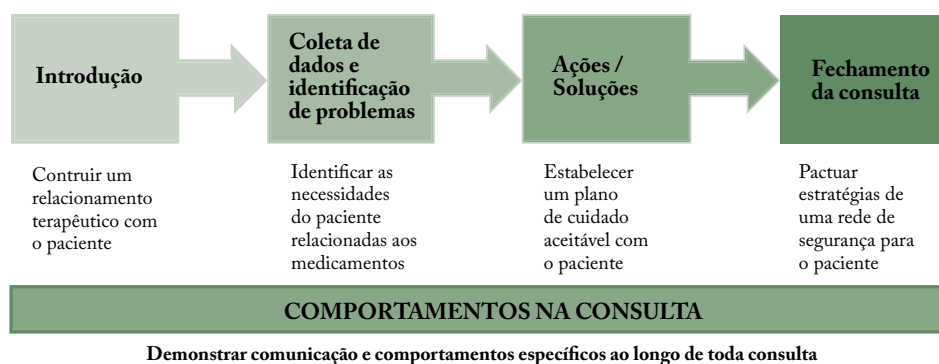
3.1 Roteiro da consulta farmacêutica

O roteiro de consulta existe para estruturar e dar consistência ao atendimento farmacêutico dos pacientes, entre diferentes profissionais e cenários de prática. Serve, ainda, como ferramenta de ensino e de avaliação da performance profissional.

O roteiro apresentado a seguir foi criado e validado por Abdel-Tawab e colaboradores (2011) no Reino Unido. Compõem-se de quatro etapas: introdução; coleta de dados e identificação de problemas; ações e soluções; e fechamento

da consulta. Transversal aos momentos da consulta estão os comportamentos esperados do profissional no seu relacionamento com o paciente (Figura 4).

Figura 4 - Roteiro da consulta farmacêutica



Fonte: Abdel-Tawab et al., 2011.

Considere, assim, as seguintes atividades a serem desenvolvidas durante a consulta com o paciente:

A) INTRODUÇÃO

A1) Cumprimente e acolha o paciente / Apresente-se ao paciente.

A2) Apresente o propósito e a estrutura da consulta (por ex.: compartilhe com o paciente o que está planejado para acontecer na consulta).

A3) Solicite ao paciente que coloque suas questões relacionadas à saúde e aos medicamentos, permitindo que ele exponha suas necessidades ou expectativas em relação à consulta.

A4) Negocie com o paciente um planejamento compartilhado para a consulta, priorizando questões a serem discutidas considerando os objetivos do farmacêutico e as necessidades do paciente.

A5) Preste atenção às questões de conforto e de privacidade do paciente.

B) COLETA DE DADOS E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS

B1) Investigue o estado clínico atual de cada problema de saúde do paciente (por meio da análise dos sinais e sintomas relatados pelo paciente e resultados de exames físico, laboratoriais e de imagem).

B2) Avalie as novas queixas do paciente, aparentemente não relacionadas a problemas existentes (por meio da História da Doença Atual – HDA – de cada queixa (tempo – início, frequência e duração –, localização, característica, gravidade, ambiente, fatores que agravam ou que aliviam, sintomas associados)).

B3) Pergunte como o paciente monitora a doença (ex.: glicemia capilar, medida da PA, sintomatologia etc.).

B4) Realize uma avaliação física apropriada (quando indicado).

B5) Avalie a percepção geral de saúde e a qualidade de vida do paciente.

B6) Avalie o entendimento (leigo) do paciente sobre suas condições de saúde.

B7) Investigue a história social do paciente (álcool, tabagismo, exercícios físicos e hábitos alimentares, impacto da medicação no estilo de vida).

B8) Documente a história de medicação completa:

- Medicamentos prescritos – princípio ativo, concentração, posologia prescrita, origem da prescrição, posologia utilizada e tempo de uso.
- Medicamentos utilizados por automedicação – princípio ativo, concentração, posologia utilizada e tempo de uso.
- Terapias alternativas e complementares (ex.: homeopatia, plantas medicinais, acupuntura etc.) – Qual? Para quê? Qual a frequência de utilização? Qual o modo de preparo/utilização?
- Alergias conhecidas a medicamentos.
- Incômodos devido ao uso dos medicamentos.
- Rastreamento de reações adversas a medicamentos. Se positivo para um ou mais sinais e/ou sintomas, descrever o HDA (início, duração, frequência, localização, gravidade, fatores que agravam, fatores que aliviam, ambiente e sintomas associados) e registrar o medicamento suspeito de estar envolvido.
- Dificuldades no uso dos medicamentos.

B9) Avalie a capacidade de gestão de medicamentos e a adesão ao tratamento.

B10) Avalie o acesso aos medicamentos (setor público, setor privado, quanto gasta e dificuldades de acesso).

B11) Avalie o entendimento do paciente sobre o propósito do tratamento prescrito (ex.: o paciente sabe por que o tratamento foi prescrito e os benefícios esperados?).

B12) Avalie a percepção do paciente sobre o efeito dos medicamentos.

B13) Avalie as condições de armazenamento dos medicamentos.

B14) Colete dados do perfil do paciente (endereço, telefone, data de nascimento, peso, altura, escolaridade, ocupação e renda mensal do paciente).

B15) Pergunte se o paciente tem alguma dúvida/quais informações o paciente gostaria de receber antes de discutir os problemas da farmacoterapia e as soluções para as necessidades do paciente?

B16) Identifique e priorize os problemas relacionados à farmacoterapia, considerando todos os medicamentos e os problemas de saúde:

- Problemas relacionados ao resultado: tratamento não efetivo; reação adversa; intoxicação medicamentosa.
- Problemas relacionados ao processo: problemas de seleção e de prescrição; problemas de dispensação ou de manipulação; discrepâncias entre níveis ou pontos de atenção à saúde; problemas de administração e adesão; problemas de qualidade do medicamento; e problemas de monitoramento.

B17) Renegocie com o paciente um planejamento, se necessário (priorizando as questões a serem discutidas conforme objetivos do paciente e necessidades do paciente).

C) AÇÕES / SOLUÇÕES

C1) Elabore o plano de cuidado e manejo para resolução dos problemas da farmacoterapia identificados com o paciente. Discuta opções, objetivos, metas do tratamento.

C2) Sugira a(s) intervenção(ões) para a resolução dos problemas da farmacoterapia detectados, envolvendo o paciente na tomada de decisão.

C3) Verifique a habilidade do paciente em seguir o plano, permitindo que o paciente antecipe qualquer problema em seguir o plano – por ex.: em termos de motivação, recursos, tempo ou habilidades físicas e cognitivas.

C4) Forneça orientações sobre o propósito de cada medicamento, sobre o acesso aos medicamentos e sobre como e quando utilizar cada medicamento, pactuando o acompanhamento, se necessário.

C5) Relacione a informação às crenças do paciente sobre suas enfermidades e aos tratamentos (corrija falhas de informação, propague os benefícios e amenize preocupações / riscos do tratamento).

C6) Forneça orientações sobre cada condição de saúde e suas consequências, monitorização e manejo, se necessário.

C7) Discuta as questões de estilo de vida e estratégias de prevenção (questões de promoção de saúde).

C8) Forneça materiais de suporte à orientação, se necessário. Ex.: lista ou calendário posológico de medicamentos, rótulos ou instruções pictóricas, informe terapêutico ou carta a outros profissionais de saúde, material educativo impresso, informação científica impressa, diário para automonitoramento, dispositivo para automonitoramento, organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento.

C9) Verifique o entendimento do paciente (ex.: pedir ao paciente que repita as informações).

C10) Avalie se o paciente deseja informações ou explicações adicionais.

C11) Encaminhe, de forma apropriada, o paciente a outro profissional de saúde, quando necessário, reconhecendo seus próprios limites e limitações profissionais.

D) FECHAMENTO DA CONSULTA

D1) Explique ao paciente o que fazer caso tenha dificuldades em seguir o plano e com quem pode entrar em contato.

D2) Marque uma próxima consulta ou combine outras formas de contato, se necessário.

D3) Ofereça oportunidade ao paciente para fazer perguntas adicionais em relação às questões discutidas durante a consulta.

E) COMPORTAMENTOS NA CONSULTA

E1) Ouça ativamente e permita que o paciente complete suas falas sem interrupção (ex.: contato visual, confirmação verbal, *feedback* não verbal).

E2) Faça perguntas relevantes.

E3) Use perguntas abertas e fechadas de forma apropriada.

E4) Evite ou explique os jargões.

E5) Aceite o paciente (respeite o paciente, de forma não julgadora ou paternalista).

E6) Demonstre empatia pelo paciente e o apoie (quando for o caso, expresse preocupação, compreensão, disposição para ajudar, reconhecimento do esforço).

E7) Lide com sensibilidade tópicos que são constrangedores ou perturbadores.

E8) Compartilhe seu pensamento com o paciente de forma sincera (quando apropriado) a fim de encorajá-lo(a) a se envolver no tratamento (se assim ele(a) desejar).

E9) Use informações de exames a fim de informar a tomada de decisão e explicar as opções de tratamento.

E10) Use informações baseadas em evidências para informar a tomada de decisão e explicar as opções de tratamento.

E11) Adote uma abordagem lógica e estruturada para a consulta.

E12) Mantenha a entrevista clínica “no trilho” e retome seu “controle”, quando necessário.

E13) Gerencie o tempo de forma efetiva (trabalha bem, dentro do tempo disponível).

E14) Forneça / Produza documentação lógica e correta para registro do atendimento.

Com o roteiro de consulta, os autores desenvolveram um instrumento para avaliação do desempenho do farmacêutico (Abdel-Tawab et al., 2011), isto é, seu cumprimento dos quesitos presentes no roteiro, com a finalidade de identificar pontos de melhoria e aumento da performance (consulte este instrumento na *Parte 4: Estrutura da consulta farmacêutica – instrumento para avaliar as habilidades do farmacêutico para realização de consulta com o paciente*). Este instrumento é utilizado como referência para avaliação da performance dos farmacêuticos durante o período de prática supervisionada, na capacitação.

3.1.1 Considerações sobre o tempo da consulta

O atendimento farmacêutico deve ser pautado pela concepção integral do indivíduo. Normalmente os pacientes atendidos por este serviço são idosos, que apresentam várias condições clínicas graves, muitas vezes descompensadas e que utilizam muitos medicamentos. Um atendimento de qualidade deve levar em consideração aspectos biopsicossociais do paciente, construindo-se uma relação

terapêutica de confiança entre profissional de saúde e paciente. Por isso, a primeira consulta de um paciente demora aproximadamente 1 hora, incluindo-se o preenchimento de todos os formulários propostos por este caderno.

Pacientes muito complexos, ou pacientes poliqueixosos, ou que apresentam muitas dúvidas ou erros com relação à sua farmacoterapia podem necessitar de uma consulta ainda mais longa. Não há como fazer um atendimento farmacêutico de qualidade, particularmente para pacientes polimedicados, em poucos minutos. A avaliação farmacêutica é detalhada e aprofundada. Além do mais, como o farmacêutico se responsabiliza pela farmacoterapia do paciente e seus desfechos clínicos, este profissional acaba desenvolvendo uma qualidade de gestor de casos. Ou seja, o farmacêutico avalia todos os problemas de saúde, os sintomas e os medicamentos, intervém no que for possível diretamente com o paciente e faz encaminhamentos para outros profissionais da equipe, quando julgar necessário. Portanto, o atendimento pode ser considerado de alta complexidade, ainda que seja desenvolvido no âmbito da atenção primária.

Por isso, há uma necessidade em se pensar como deve ser o planejamento da agenda. Sugerimos que, para primeira consulta, o tempo destinado ao atendimento seja de 1 hora, principalmente no início dos atendimentos, quando o farmacêutico ainda estiver desenvolvendo suas habilidades de gerenciamento de tempo de atendimento. As consultas de retorno devem ser mais objetivas e focadas na evolução do plano de cuidado pactuado nas consultas anteriores. Por isso, o tempo destinado a cada consulta de retorno deve ser, em média, de 30 minutos.

Cabe destacar que esta estimativa de tempo deve ser testada e validada por cada farmacêutico em seu serviço, uma vez que o serviço de clínica farmacêutica pode estar orientado também a outros públicos, além dos pacientes polimedicados.

O tempo de atendimento compreende toda a avaliação clínica, o preenchimento dos formulários e elaboração de SOAP. Pacientes muito complicados podem demandar um tempo maior que 1 hora para avaliação de todos os problemas da Farmacoterapia e parâmetros clínicos. Entretanto, não é aconselhável uma consulta que ultrapasse 1 hora de duração, pois acaba sendo cansativo para o paciente e também prejudica a eficiência do serviço. Com prática, o farmacêutico saberá como dar prioridade para os principais problemas do paciente, intervindo neles na primeira consulta e postergando os problemas menos graves para avaliação na consulta de retorno.

3.2 Coleta e análise dos dados de perfil do paciente

Para conhecer o perfil do paciente é importante coletar as seguintes informações: nome, unidade de saúde, origem, local de atendimento, data de nascimento, idade, gênero, escolaridade, ocupação, peso, altura, IMC, telefone, endereço, limitações, com quem mora, cuidador e autonomia na gestão dos medicamentos.

Figura 5 – Prontuário do serviço de clínica farmacêutica - Perfil do paciente

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA		
PERFIL DO PACIENTE		
Unidade de Saúde:	Data e horário da 1ª consulta:	
Origem:	Local de atendimento: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio	
Nome do paciente:		
Data de nascimento:	Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Escolaridade:	Ocupação:	
Telefone:	Peso:Altura:	IMC:
Endereço:		
Com quem mora?		
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:		
Autonomia na gestão dos medicamentos:		
<input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho		
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ _____ Parentesco: _____ Telefone: _____ _____	

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é calculado em kg/m^2 (peso/altura²) e a sua interpretação está apresentada no Quadro 11.

Quadro 11 - Interpretação dos Resultados de Índice de Massa Corporal (IMC)

<18,5	Baixo Peso	Risco moderado
18,5-24,9	Normal	Nenhum risco
25-29,9	Sobrepeso	Risco moderado
30-34,9	Obesidade Grau I (Leve)	Risco significativo
35-39,9	Obesidade Grau II (Moderada)	Risco significativo
≥40	Obesidade Grau III (Grave)	Risco alto

Fonte: OMS, 1995.

3.3 Coleta e análise da história social

Na parte referente à história social, é importante aprofundar os detalhes sobre consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, atividade física e hábitos alimentares (Figura 6).

Figura 6 – Prontuário de serviço de clínica farmacêutica - História Social

HISTÓRIA SOCIAL							
Bebidas alcoólicas: [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>] Sim. Qual(is)? _____							
Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____							
Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>] Fumava, mas parou há _____ [<input type="checkbox"/>] Sim							
Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____ Anos / maço: _____							
Exercício físico: [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>] Sim. Tipo de atividade: _____							
Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____							
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

No Quadro 12 é apresentado um exemplo de registro do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e da prática de exercícios físicos.

**Quadro 12 – Exemplo de registro do consumo de bebidas alcoólicas,
de tabaco e da prática de exercícios físicos**

Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? Cerveja ou Vinho Quantidade ingerida: 3-4 doses/uso Frequência de uso: Finais de Semana Tempo de uso: Desde os 20 anos de idade
Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Fumava, mas parou há: 3 anos <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)? Cigarro Quantidade / dia: 10 cigarros Anos de uso: 8 anos / maço: 4
Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: Caminhada Duração: 45 min Frequência: 2-3x semana Sente algum incômodo? Falta de ar quando anda rápido, mas melhora ao repouso.

Fonte: Autores.

Para estimar o consumo de bebidas alcoólicas, é útil utilizar a medida de 1 dose = 14g de álcool. Para obter as doses equivalentes de uma determinada bebida, é preciso multiplicar a quantidade dela por sua concentração alcoólica. Tem-se, assim, a quantidade absoluta de álcool da bebida. Em seguida, é feita a conversão: 1 dose para cada 14g de álcool da bebida (Quadro 13) (NEAD, 2009). Do ponto de vista cardiovascular, é considerado moderado o consumo de até 30 ml de álcool por dia.

No Quadro 13 são apresentadas as unidades de álcool em cada dose de bebida.

Quadro 13 - Unidades de álcool em cada dose de bebida

Bebida	Volume	Teor Alcoólico	Quantidade de Álcool (Volume x Teor Alcoólico)	Gramas de Álcool (Volume de Álcool x 0,8*)	Dose 1D = 14 g
Vinho Tinto	150 ml	12%	18 ml	14,4 g	1
1 lata de Cerveja	350 ml	5%	17,5 ml	14 g	1
Destilado	40 ml	40%	16 ml	12,8 g	1

(*) A quantidade de álcool em gramas é obtida a partir da multiplicação do volume de álcool contido na bebida pela densidade do álcool (d=0,8).

Fonte: NEAD, 2009.

No exemplo anterior, em que o paciente consome cerveja ou vinho aos finais de semana, sendo que utiliza 3-4 doses a cada vez, isso pode significar o consumo de 3-4 latas de cerveja ou 450-600 ml de vinho a cada episódio. Em volume de álcool, isso pode equivaler a até 70 ml de álcool no caso da cerveja e até 72 ml de álcool no caso do vinho.

Para estimar o consumo de cigarros, utiliza-se o termo “carga tabágica”, que irá refletir a exposição da pessoa, levando em conta o número de cigarros consumidos por dia ao longo dos anos. Para estimar a carga tabágica, utiliza-se a unidade anos/maço. Para calcular a unidade anos/maço, multiplica-se o número de maços fumados por dia pelo número de anos como fumante (20 cigarros = 1 maço) (TIETZE, 2012). Na Figura 7 são apresentados alguns exemplos de cálculos de anos/maço.

Figura 7 - Exemplos de cálculos de anos/maço

Exemplos de cálculos de anos/maço

10 anos, fumando 1 maço por dia = 10 anos/maço

10 anos, fumando 2 maços por dia = 20 anos/maço

10 anos, fumando 10 cigarros por dia (50% maço) = 5 anos/maço

20 anos, fumando 15 cigarros por dia (75% maço) = 15 anos/maço

Fonte: Tietze, 2012.

Há na literatura relatos de que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Dpoc) surge após uma carga tabágica de 20 anos/maço (1 maço por dia durante 20 anos). A partir de cinco anos nesse ritmo, a pessoa já começa a apresentar problemas como tosse e aumento na produção de catarro, e após 15 anos/maço aumentam as chances de surgimento de problemas cardíacos. Este é um exemplo da aplicação de conhecimento sobre a exposição tabágica, utilizando a unidade anos/maço.

Na parte de rotina/hábitos alimentares o objetivo inicial é conhecer os horários da rotina do paciente:

- A que horas acorda e toma café da manhã (se toma café da manhã).
- A que horas almoça.
- Se normalmente faz algum lanche no meio da tarde, a que horas.
- A que horas costuma jantar.
- A que horas vai para a cama dormir.

Conhecer esta rotina é muito importante para entender como o paciente organiza sua medicação dentro desta rotina. Se, por exemplo, costuma tomar os medicamentos depois das refeições e como as tomadas estão espaçadas ao longo do dia. Isso será fundamental para ajustes na rotina de medicação, caso seja preciso simplificar o regime terapêutico.

Ainda nos hábitos alimentares, dar destaque a alimentos contendo cafeína (café, coca-cola, guaraná, pepsi, chá mate, chimarrão), se está fazendo alguma dieta específica ou se tem alguma restrição alimentar por recomendação profissional, se faz algum exagero e como é o consumo de água.

O Quadro 14 apresenta um exemplo de como preencher os hábitos alimentares/rotina do paciente.

Quadro 14 - Exemplo de como preencher hábitos alimentares/rotina

Rotina => Hábitos Alimentares:	Acordar	Café	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir
Não restringe sal, exagera no consumo de doces Não consome frituras ou comidas gordurosas Toma café 4-5x/dia Não come nada pela manhã, só toma café preto Almoço: arroz, feijão, carne, salada, sobremesa. Jantar: sopa ou pães Consome em média quatro copos de água/dia	7h	7h30 (apenas café preto)	12h	Não Faz	20h	23h

Fonte: Autores.

A maioria dos farmacêuticos prefere iniciar a consulta pela história clínica e de medicação e só depois coletar os dados do perfil do paciente, que pode ser feito e, inclusive, tende a ser natural visto que na maior parte das vezes o paciente inicia os relatos focando em seus problemas de saúde e medicamentos e expõe suas necessidades e preocupações. A consulta é dinâmica e as informações de cada parte vão surgindo em diferentes momentos, várias vezes o farmacêutico precisa voltar para partes já coletadas para complementar informações relatadas pelo paciente em outros momentos da consulta. O importante é que todas as necessidades do paciente sejam atendidas e todas as informações sejam coletadas e analisadas.

3.4 Avaliação dos problemas de saúde do paciente e o estado clínico atual

O objetivo desta parte da consulta farmacêutica é elencar todos os problemas de saúde do paciente e reunir informações sobre o estado clínico atual de cada um deles. É muito importante compreender o significado do conceito de problema de saúde. Conforme Gervás e colaboradores (2005):

Uma avaliação realizada por um profissional da saúde sobre algo que preocupa o paciente, o profissional (em relação à saúde do paciente) ou ambos.

Isto é, qualquer queixa, observação ou evento que o paciente ou o profissional da saúde percebe como um desvio da normalidade, e que já afetou, está afetando ou poderá afetar a capacidade funcional do paciente.

Problemas de saúde incluem não apenas as doenças diagnosticadas, mas também os sinais e os sintomas relatados pelo paciente. Do ponto de vista do cuidado farmacêutico, o objetivo é relacionar estes problemas aos medicamentos do paciente, a fim de conhecer a efetividade dos tratamentos, bem como aqueles

problemas que podem ser causados ou agravados pelo uso, ou pela falta do uso, de medicamentos.

A Figura 8 apresenta um modelo da folha de registro dos problemas de saúde do paciente.

Figura 8 – Parte do prontuário do serviço de clínica farmacêutica – História clínica

PROBLEMAS DE SAÚDE/QUEIXAS		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

* Curado (CUR)/Controlado (CON)/Melhora parcial (MPA)/Piora parcial (PPA)/Não controlado (NCO)/Sob avaliação diagnóstica (SAD)/Desconhecido (DES).

Assim, na parte do prontuário do serviço de clínica farmacêutica referente aos problemas de saúde, o farmacêutico deverá:

- Listar as doenças diagnosticadas, principalmente as doenças crônicas.
- Listar as queixas do paciente, que não guardem relação clara com doenças já diagnosticadas.
- Registrar os parâmetros de controle, os resultados de exames, a sintomatologia e a avaliação do estado clínico atual para cada doença diagnosticada.
- Registrar a História da Doença Atual (HDA) para as queixas.

O sucesso terapêutico obtido por cada tratamento em uso pelo paciente é analisado pelo estado clínico atual dos problemas de saúde, isto é, pela verificação daqueles parâmetros clínicos e laboratoriais que mostram se o objetivo terapêutico foi ou não alcançado (Quadro 15). Assim, o estado clínico de cada problema de saúde do paciente deve ser avaliado e codificado em:

- **Curado (CUR):** A doença está curada e o tratamento foi finalizado.
- **Controlado (CON):** A doença está sob controle, com as metas do tratamento atingidas neste momento.
- **Melhora parcial (MPA):** Houve uma melhora nos parâmetros desde a última avaliação, no entanto as metas terapêuticas ainda não foram alcançadas.

- **Piora parcial (PPA):** Houve uma piora no quadro clínico desde a última avaliação, no entanto o tratamento continua sendo efetivo, sem necessidade de ajustes.
- **Não controlado (NCO):** A doença não está sob controle, as metas terapêuticas não estão sendo atingidas com o tratamento neste momento.
- **Sob avaliação diagnóstica (SAD):** Há uma queixa nova trazida pelo paciente, mas não há ainda uma avaliação diagnóstica médica realizada. Necessita investigação.
- **Desconhecido (DES):** Não foi possível estabelecer o estado clínico atual do problema de saúde, por falta de informações sobre parâmetros clínicos ou ausência de exames laboratoriais.

Quadro 15 - Exemplo de preenchimento dos problemas de saúde/queixas

Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual *
1. Hipertensão	MRPA: Média de 128/80 mmHg PA consultório: 130/80, 128/78, 130/82 mmHg Freq. cardíaca: 82, 80, 82 bpm	CON

continua

conclusão

Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual *
2. Diabetes	A1c = 8,2% (uma semana atrás); A1c anterior = 7,8% (6 meses atrás) Glicemia casual: 210 mg/dL Nega episódios de hipoglicemia. Queixa de dificuldades para enxergar com início há 3 semanas	NCO
3. Depressão	Paciente relata melhora significativa dos sintomas desde o início do tratamento há quatro meses. Relata boa disposição física, voltou a fazer caminhadas leves, melhora na qualidade do sono e apetite Escore PHQ-9 = 5 (aplicado na consulta) Primeiro resultado do PHQ-9 = 12 (um ano atrás)	CON
4. Dor nas Pernas	Paciente relata dor leve a moderada, difusa, em ambas as pernas, com surgimento há quatro semanas. As dores atrapalham pouco as atividades diárias, mas incomodam, principalmente à noite Nega dores em outras partes do corpo, nega varizes, nega Dx de doença circulatória, nega Dx de neuropatia diabética, nega edema Repouso alivia. Caminhadas pioram. Paciente relaciona o sintoma ao uso de sinvastatina (início do Tx dois meses atrás)	SAD

Fonte: Autores.

MRPA = Medida Residencial da Pressão Arterial; A1c = Hemoglobina Glicada A1c; Dx = Diagnóstico; Tx = Tratamento; CON = Controlado; NCO = Não Controlado; SAD = Sob Avaliação Diagnóstica.

Por motivos didáticos, focaremos neste Caderno aqueles problemas de saúde mais recorrentes e daremos especial atenção à exploração das queixas que podem estar relacionadas a medicamentos. Na Parte 4 são apresentadas as abordagens

necessárias para avaliação do estado clínico em pacientes com hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e depressão. Trabalharemos, a seguir, a elaboração da HDA para aquelas queixas trazidas pelo paciente à consulta com o farmacêutico.

Como avaliar um sintoma: História da Doença Atual

A História da Doença Atual (HDA) é uma descrição completa e minuciosa da queixa do paciente. Devem ser obtidas as características de todos os sintomas presentes. Os sete elementos que compõem a HDA são descritos no Quadro 16.

Quadro 16 - Elementos que compõem a História da Doença Atual (HDA)

Tempo: início, duração e frequência dos sintomas.
Localização: área precisa dos sintomas.
Qualidade ou característica: uso de termos descritivos específicos sobre o sintoma (por ex.: dor aguda, catarro com presença de sangue).
Quantidade ou gravidade: leve, moderada ou grave.
Ambiente: o que o paciente estava fazendo quando os sintomas ocorreram.
Fatores que agravam e aliviam: fatores que fazem diminuir os sintomas ou aumentar (por ex.: pirose que se dá após a refeição).
Sintomas associados: outros sintomas que ocorrem com os sintomas primários.

Fonte: Autores.

O registro da HDA no prontuário deve ser preciso e em sequência cronológica, com detalhamento suficiente, sem descrições excessivas ou redundantes. Além disso, é importante que a HDA também traga sintomas associados que o paciente NÃO está sentindo. Por exemplo, “o paciente tem a garganta inflamada, congestão nasal e cefaleia, NEGA febre e tosse produtiva”.

É muito importante a realização de uma boa HDA todas as vezes que um paciente relatar nova queixa durante os diferentes momentos da consulta. Principalmente se o paciente ou o farmacêutico suspeitar tratar-se de uma possível reação adversa a medicamentos ou do descontrole de alguma condição de saúde. Uma boa HDA irá ajudá-lo a entender o problema, e discuti-lo com a equipe, particularmente com o médico. Muitas queixas podem representar o surgimento de novas doenças, que deverão ser diagnosticadas e tratadas pelo médico de referência do paciente.

3.5 Avaliação da percepção geral de saúde e da qualidade de vida dos pacientes

A qualidade de vida é um parâmetro subjetivo complexo que surge da percepção do paciente sobre sua vida e sua saúde. A saúde é um fator importante da qualidade de vida, mas não é o único. Comunidade, educação, vida em família, amigos, moradia, casamento, nação, vizinhança, autoestima, padrão de vida e trabalho também têm o poder de influenciar de modo significativo a qualidade de vida das pessoas. Por isso, o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) é comumente empregado. Uma forma simples de medir a qualidade de vida é perguntando diretamente ao paciente, em uma escala de zero a dez, como este a pontuaria.

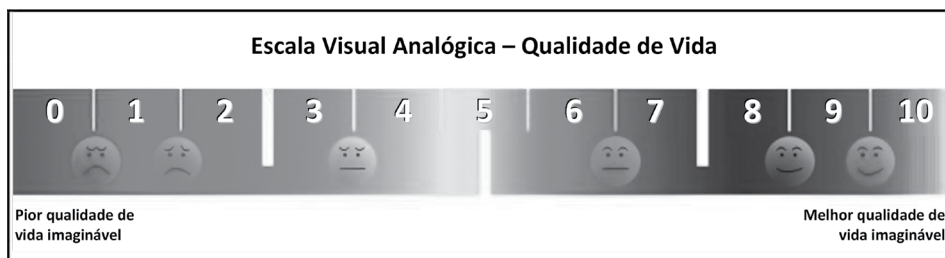
O mesmo pode ser feito para a percepção geral da saúde. Isso dá chance ao paciente de falar a respeito de sua visão da vida e abre ao profissional um mundo novo de possibilidades de cuidado. Para abordagens mais direcionadas, há diversos questionários validados para a avaliação da qualidade de vida disponíveis no Brasil, tanto para medidas gerais (WHO-QoL, SF-36, Perfil de Saúde de Nottingham) como específicas para doenças como diabetes *mellitus* (DQOL) e hipertensão

(Minichal). O tempo necessário para se observarem mudanças na qualidade de vida dos pacientes com o tratamento pode ser variável, entretanto, são desejáveis melhorias que possam ser sustentadas por longos períodos (avaliação a cada seis meses ou a cada ano).

A avaliação da percepção geral de saúde (PGS) e da qualidade de vida (QV) do paciente pode ser realizada por meio de Escalas Visuais Analógicas (EVA) (Figuras 9 e 10).

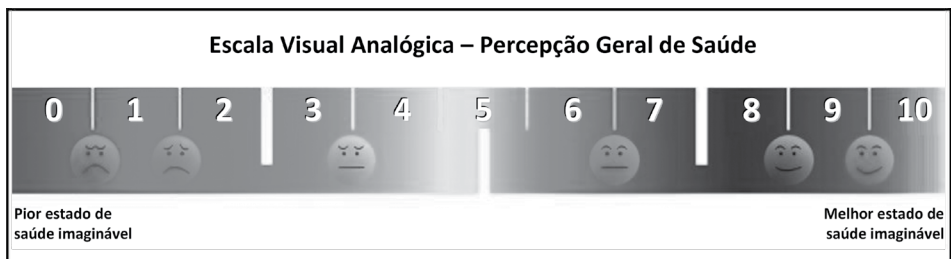
Nesse caso, a avaliação da qualidade de vida e da percepção geral da saúde é realizada solicitando ao paciente para atribuir uma nota de zero a dez à sua qualidade de vida e à sua saúde, respectivamente, sendo zero a pior situação imaginável e dez a melhor. Adicionalmente, deve-se investigar e registrar o motivo da nota (Figura 11).

Figura 9 - Escalas Visuais Analógicas (EVA) para avaliação da percepção geral de saúde (PGS) do paciente



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

Figura 10 – Escalas Visuais Analógicas (EVA) para avaliação da qualidade de vida (QV) do paciente



Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

Figura 11 – Registro da avaliação da percepção geral de saúde e da qualidade de vida do paciente

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE	
Nota:	Motivo:

QUALIDADE DE VIDA	
Nota:	Motivo:

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

3.6 Avaliação da história farmacoterapêutica do paciente

A história farmacoterapêutica é obtida em dois passos:

1. Primeiro, os medicamentos que o paciente está utilizando, no que chamamos de farmacoterapia atual.

Dessa forma, devem ser coletadas as seguintes informações:

- **Princípio ativo/Concentração:** Nome do princípio ativo e concentração.
- **Posologia prescrita:** Dose e frequência do tratamento prescrito. Se for automedicação, registrar NA (não aplicável).
- **Origem da prescrição:** Quem prescreveu. Não é preciso escrever o nome do prescritor, apenas identificar a origem, como UBS, USF ou UPA, para pontos de atenção primária, Cardio, Pneumo, Gastro etc., para identificar médicos especialistas ou Automed, para identificar automedicação.
- **Para que você utiliza?** Investigar se o paciente conhece a indicação de cada medicamento.
- **Tempo de uso:** Há quanto tempo o paciente utiliza esta medicação, em anos, meses ou dias.
- **Como este medicamento funciona para você? Avaliar a percepção do paciente sobre o funcionamento de cada medicamento:** Funciona Bem (1); Funciona Regular (2); Não Funciona Bem (3); Não Sabe (9).
- **Posologia utilizada:** Registrar como os medicamentos se encaixam na rotina do paciente (CORRER; OTUKI, 2013). Neste campo se deve registrar como o paciente realmente utiliza. Pergunte como o paciente utiliza cada medicamento (quantos comprimidos daquele determinado

medicamento, em quais horários do dia, antes ou depois das refeições) e depois pergunte de uma forma geral como ele administra todos os medicamentos durante o dia (a ordem que ele vai utilizando todos os medicamentos e sua relação com os horários das refeições). Registre no horário respectivo o número de comprimidos, unidades (UI) ou mililitros (ml) que o paciente administra a cada vez. Para medicamentos usados se necessário (S/N), não é preciso registrar horários específicos, pois não há uma rotina diária de medicação, registra-se apenas o número de comprimidos e a frequência na coluna SN.

Para registrar a posologia utilizada, esteja atento às legendas: A = 30-60 min antes da refeição; D = Durante ou logo após a refeição; HD = Hora de dormir. Exemplos a seguir.

Quadro 17 - Exemplos de como preencher a rotina de medicação do paciente

EXEMPLO A: METFORMINA 850 MG 3X DIA APÓS REFEIÇÃO

ROTINA DE MEDICAÇÃO									
CAFÉ		ALMOÇO		LANCHE		JANTAR		HD	SN
A	D	A	D	A	D	A	D	-	-
	1		1				1		

continua

conclusão

EXEMPLO B: SINVASTATINA 20 MG 2 CPR AO DIA

ROTINA DE MEDICAÇÃO									
CAFÉ		ALMOÇO		LANCHE		JANTAR		HD	SN
A	D	A	D	A	D	A	D	-	-
							2		

EXEMPLO C: CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSP. 10 ML 3X DIA

ROTINA DE MEDICAÇÃO									
CAFÉ		ALMOÇO		LANCHE		JANTAR		HD	SN
A	D	A	D	A	D	A	D	-	-
10 ml				10 ml				10 ml	

EXEMPLO D: PARACETAMOL 750 MG 3X DIA S/N

ROTINA DE MEDICAÇÃO									
CAFÉ		ALMOÇO		LANCHE		JANTAR		HD	SN
A	D	A	D	A	D	A	D	-	-
									1 cp 3x/dia

Fonte: Autores.

Na segunda parte da história da medicação, estão questões relativas à **adesão ao tratamento**, avaliadas por meio dos instrumentos Sackett, Haynes e Gibson (1975) e Morisky, Green e Levine (1986). Estes instrumentos, quando aplicados de forma isolada, possuem baixo poder preditivo para identificar a não adesão. Ainda assim, julgamos importante a manutenção destes itens no conjunto do prontuário, a fim de

auxiliar o farmacêutico na construção de sua anamnese. As questões referentes a esses instrumentos, quando utilizadas com uma coleta acurada da rotina de medicação do paciente, do seu conhecimento sobre os medicamentos e de sua experiência de medicação ajudam a complementar a avaliação farmacêutica. Da mesma forma, alguns itens originários do instrumento *Brief Medications Questionnaire* (BMQ) foram incorporados, pelos mesmos motivos.

Para avaliar a adesão ao tratamento da maneira adequada, é preciso adotar uma abordagem centrada no paciente e não julgá-lo ou culpá-lo por tomar os medicamentos de forma diferente do que foi prescrito pelo médico. Entre os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento se encontram fatores ligados a ele próprio (complexidade da farmacoterapia, duração do tratamento, custo do tratamento e reações adversas aos medicamentos), fatores ligados à condição de saúde (doenças crônicas, condições assintomáticas e condições com prognóstico ruim), fatores ligados ao paciente (baixo letramento em saúde, limitações cognitivas e funcionais, conhecimento sobre as condições de saúde, conhecimento sobre os medicamentos, dificuldades físicas e motoras, crenças, preocupações, percepção do paciente sobre seu estado de saúde e seu tratamento), fatores sociais e econômicos (falta de suporte familiar e social, crenças culturais, falta de acesso aos serviços de saúde, falta de acesso aos medicamentos) e fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde (falta de acompanhamento e orientação dos pacientes, problemas na seleção, na programação, na aquisição e na distribuição dos medicamentos) (WEINGART et al., 2005; BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Assim, a primeira coisa a fazer é conhecer da forma mais completa possível como o paciente realiza o tratamento. Além de conhecer como os medicamentos foram prescritos e como o paciente foi orientado a fazer, é importante conhecer como o paciente realmente faz, sua rotina de medicação, seu padrão de utilização dos

medicamentos e sua motivação em cumprir o tratamento. De fato, a adesão aos medicamentos diz respeito à capacidade e à motivação do paciente em realizar o tratamento.

Tendo isso em mente, torna-se possível avaliar a adesão ao tratamento sob uma nova perspectiva: Primeiro, conhecer bem como o paciente faz uso dos medicamentos na vida real. Segundo, explorar como o tratamento está funcionando, em termos de efetividade e de segurança. Só depois disso é possível emitir uma avaliação profissional sobre a farmacoterapia e a necessidade de ajustes na prescrição ou no comportamento do paciente.

Figura 13 - Prontuário do serviço de clínica farmacêutica - adesão ao tratamento

ADESÃO AO TRATAMENTO	
A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus comprimidos, o(a) senhor(a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?	

Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?	
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?	[] Não [] Sim
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?	[] Não [] Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?	[] Não [] Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?	[] Não [] Sim

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

O **rastreamento de reações adversas a medicamentos** é realizado questionando-se em duas partes, conforme apresentado na Figura 14.

Primeiro, questiona-se ao paciente de forma aberta sobre os incômodos ocasionados pelos medicamentos, por meio de uma pergunta extraída do instrumento *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012), devendo-se registrar exatamente como o paciente refere o problema, sem se preocupar se a suspeita do paciente de uma reação adversa, por exemplo, procede ou não.

Figura 14 - Prontuário do serviço de clínica farmacêutica - rastreamento de reações adversas

ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?				
[] Não [] Sim				
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	De que forma incomoda?
ESTÁ SENTINDO OU SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES?				
[] Não [] Sim				
[] Dor de cabeça	[] Problema gastrointestinal	[] Problema sexual	[] Fadiga/Cansaço	
[] Coceira/Urticária	[] Tontura/Desequilíbrio	[] Dor muscular	[] Mudança no humor	
[] Problemas de sono	[] Incontinência/Problema urinário			

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná

Veja, a seguir, um exemplo de como preencher esta parte (Quadro 18).

Quadro 18 - Exemplo de como preencher o registro dos incômodos ocasionados pelos medicamentos

ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [] Não [X] Sim					
Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos, o quanto e como eles o(a) incomodam:					
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?
METFORMINA		X			Gosto ruim, difícil de engolir
SINVASTATINA		X			Dor nos braços
FLUOXETINA	X				Medo de ficar dependente

Fonte: Autores

Segundo, depois da pergunta aberta, é importante complementar o rastreamento de reações adversas utilizando uma **lista dos sintomas mais comuns que podem ser causados por medicamentos em Atenção Primária à Saúde** (WEINGART et al., 2005). Esta lista funciona mais como um tipo de “revisão por sistemas”. A pergunta pode ser formulada da seguinte forma: “Agora eu vou ler para o(a) sr(a) uma lista de problemas comuns, e eu gostaria que me dissesse se algum deles o(a) sr(a) está sentindo ou já sentiu nos últimos meses”. Marque um X nas respostas afirmativas. Veja exemplo no Quadro 19.

Em caso de resposta afirmativa para algum sintoma, deve-se registrar o problema na lista de “Problemas de Saúde” do paciente e efetuar uma anamnese da “História da Doença Atual” (HDA). Para saber como fazer a HDA do sintoma, leia a sessão “Como avaliar os problemas de saúde do paciente”.

Quadro 19 – Exemplo de preenchimento da triagem de sintomas que podem ser causados por medicamentos, a ser realizada como parte da avaliação da farmacoterapia atual do paciente

ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES?		
<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> Tontura/Desequilíbrio	<input checked="" type="checkbox"/> Dor muscular
<input type="checkbox"/> Coceira/Urticária	<input type="checkbox"/> Incontinência/ Problema urinário	<input type="checkbox"/> Fadiga/Cansaço
<input checked="" type="checkbox"/> Problemas de sono	<input type="checkbox"/> Problema sexual	<input type="checkbox"/> Mudança no humor
<input checked="" type="checkbox"/> Problema gastrointestinal		

Fonte: Autores.

Outro ponto também muito importante é investigar possíveis **dificuldades que os pacientes possam apresentar com os seus medicamentos**. Isso é feito por meio de uma parte do formulário BMQ (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012) (Figura 15).

Figura 15 – Prontuário do serviço de clínica farmacêutica - dificuldades do paciente com seus medicamentos

AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar-se de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

O farmacêutico irá citar possíveis dificuldades e investigar o grau de dificuldade que ele tem com relação aquele ponto. Caso o paciente tenha alguma dificuldade (“muito difícil” ou “pouco difícil”) deve-se registrar o(s) medicamento(s) envolvido(s). Caso a dificuldade esteja relacionada a todos os medicamentos, e não a um específico, essa informação também deve ser registrada. Veja exemplo no Quadro 20.

Quadro 20 - Exemplo de preenchimento da triagem sobre dificuldades do paciente com seus medicamentos, a ser realizada como parte da avaliação da farmacoterapia atual do paciente

AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem			X	
Ler o que está escrito na embalagem			X	
Lembrar-se de tomar todo remédio		X		Metformina (3x dia)
Conseguir o medicamento	X			Clopidogrel
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo		X		Todos

Fonte: Autores.

As questões relacionadas às **terapias alternativas e complementares** (Figura 16) devem ser coletadas quanto ao tipo de terapia alternativa, a indicação, a frequência de utilização e o modo de preparo/utilização. Importante lembrar que fitoterápicos industrializados devem ser registrados da mesma forma e no mesmo local que os outros medicamentos.

Figura 16 - Prontuário do serviço de clínica farmacêutica - terapias alternativas

TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES (acupuntura, homeopatia, chás, remédios caseiros)			
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/ utilização

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

Veja exemplo de como registrar terapias complementares e alternativas no quadro a seguir.

Quadro 21 - Exemplo de preenchimento das terapias alternativas e complementares, a ser realizado como parte da avaliação da farmacoterapia atual do paciente

TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)			
Terapia	Indicação	Frequência de utilização	Modo de utilização
Chá de alpiste	Pressão alta, emagrecimento	1x dia manhã 2 xícaras	Água com alpiste fervida por 5 minutos, abafa por 10 minutos, coa e usa.
Arnica Weleda D20	Dor nas pernas	A cada 2 horas por 3 dias S/N	20 gotas VO

Fonte: Autores.

Em seguida é coletado o **histórico de alergias, a medicamentos ou alimentos**, conhecidas pelo paciente (Figura 17). Veja exemplo no Quadro 22.

Figura 17 - Prontuário do serviço de clínica farmacêutica - alergias

ALERGIAS	
Alergias conhecidas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

Quadro 22 - Exemplo de preenchimento do histórico de alergias, a ser realizado como parte da avaliação da farmacoterapia atual do paciente.

ALERGIAS	
Alergias conhecidas <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim:	
Histórico de urticária por penicilina há muitos anos.	
Relata alergia também a dipirona e AAS.	

Fonte: Autores.

Para avaliação do **acesso aos medicamentos**, é necessário investigar os locais onde o paciente retira medicamentos em um mês típico, quanto o paciente gasta mensalmente com medicamentos e se ele tem alguma dificuldade de acesso aos medicamentos (Figura 18).

Figura 18 - Prontuário do serviço de clínica farmacêutica - acesso aos medicamentos

ACESSO AOS MEDICAMENTOS		
Setor público	Setor privado	Quanto gasta com medicamentos mensalmente?
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular <input type="checkbox"/> F. comunitária pública <input type="checkbox"/> F. especial/ambulatorial	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas <input type="checkbox"/> Farmácias magistrais <input type="checkbox"/> Programa “Aqui tem Farmácia Popular”	_____ _____ Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná

Dicas para se obter uma boa história de medicação

- Todos os medicamentos são importantes, não apenas aqueles de prescrição, mas os usados por automedicação, de uso tópico etc.
- Peça ao paciente que leve as embalagens ou uma lista dos medicamentos que utiliza para a consulta.
- Para cada medicamento consulte sempre, no mínimo, duas fontes diferentes para confirmar as informações, por ex.: o paciente, a prescrição, a embalagem etc.
- Utilize as perguntas do prontuário para direcionar a história de medicação, mas dê liberdade ao paciente para contar sua experiência com cada medicamento.
- Além de conhecer como os medicamentos foram prescritos, procure conhecer como o paciente realmente faz o tratamento.
- Procure compreender a rotina do paciente e como os medicamentos se encaixam nesta rotina.
- Não se esqueça de anotar todas as informações sobre cada medicamento em uso. Os esquecimentos mais comuns são a dosagem e há quanto tempo faz uso de cada medicamento.

- Faça perguntas diretas sobre uso de polivitamínicos, vacinas, medicamentos de pingar, cremes e pomadas, xampus e adesivos. Muitos pacientes não consideram estes produtos como medicamentos.
- Conduza a entrevista de forma fluida, como um diálogo. Escute mais do que fale. Não deixe a consulta se tornar um monólogo!

3.7 Avaliação dos problemas relacionados à farmacoterapia

Para revisar a farmacoterapia e identificar os problemas relacionados aos medicamentos são utilizadas duas estratégias:

- **Critério implícito:** uma lista de problemas relacionados à farmacoterapia possíveis, que irão auxiliar o farmacêutico na avaliação do tratamento de cada paciente.
- **Crítérios explícitos:** utilizamos as listas de medicamentos considerados inapropriados em idosos >65 anos (Beers e STOPP), lista de medicamentos que devem ser iniciados em idosos (START) e a lista de indicadores de Morbidade Evitável Relacionada a Medicamentos (Merm).

Para avaliação dos problemas relacionados à farmacoterapia, é importante que o farmacêutico conheça seus processos (CORRER; OTUKI, 2013), os quais têm início uma vez que um paciente com uma determinada condição de saúde, que pode ser doença, sintoma, disfunção, alteração em exame laboratorial ou síndrome, decide, geralmente, com um profissional da saúde, fazer uso de medicamentos

como forma de prevenção ou de tratamento. A partir da seleção do medicamento dividimos a farmacoterapia em seis processos fundamentais (6Ps):

P1 – Processo de seleção da farmacoterapia

P2 – Processo de administração

P3 – Processo biofarmacêutico

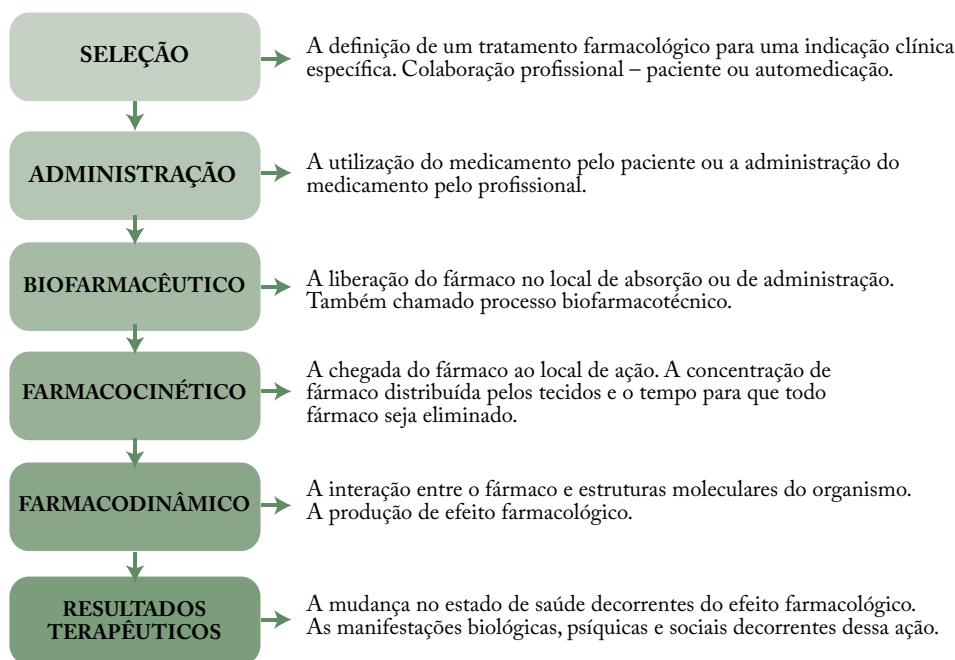
P4 – Processo farmacocinético

P5 – Processo farmacodinâmico

P6 – Processo de resultados terapêuticos.

Cada processo completo dá início ao próximo em uma sequência lógica e interdependente, que se inicia na seleção do tratamento e se encerra com a obtenção dos resultados terapêuticos (positivos ou negativos). Assim, falhas ocorridas em um dos processos prejudicam todos os subsequentes, podendo comprometer toda a farmacoterapia (CORRER; OTUKI, 2013). Uma definição de cada um desses processos é apresentada na Figura 19.

Figura 19 - Definição dos seis processos da farmacoterapia (6 Ps)



Fonte: Correr e Otuki, 2013

Os processos da farmacoterapia são uma ferramenta poderosa para se compreender a forma como os medicamentos são utilizados e como os resultados terapêuticos são atingidos. Esta nova abordagem pode ser usada como guia de estudo no campo da Farmacologia Clínica, Farmácia Clínica e Prática Farmacêutica. Além disso, permite compreender porque os tratamentos farmacológicos muitas vezes falham. Os processos da farmacoterapia fornecem a base da construção do raciocínio clínico para identificação de problemas relacionados à farmacoterapia, essencial à avaliação farmacêutica e à construção de planos de cuidado eficientes (CORRER; OTUKI, 2013).

Assim, após ter obtido a história clínica e a farmacoterapêutica do paciente, é realizada a avaliação dos problemas relacionados à farmacoterapia nos seguintes campos:

1. Problemas na seleção ou prescrição dos medicamentos.
2. Problemas na administração ou adesão do paciente aos medicamentos.
3. Falhas ocorridas na dispensação ou manipulação dos medicamentos.
4. Discrepâncias na medicação, ocorridas entre prescritores diferentes ou na transição do paciente entre níveis assistenciais.
5. Problemas identificados na qualidade dos medicamentos.
6. Necessidades de exames ou procedimentos de monitoramento.
7. Problemas na efetividade dos tratamentos.
8. Problemas na segurança dos medicamentos.

A fim de facilitar o registro dos problemas, o prontuário do serviço de clínica farmacêutica contém uma lista extensa de problemas, ordenados de acordo com esses processos (Quadro 23). A cada consulta farmacêutica, devem ser registrados os problemas que estejam sendo vivenciados pelo paciente, e anotado ao lado o(s) medicamento(s) envolvido(s) com aquele problema. Os itens desta lista não são excludentes, assim, é perfeitamente possível registrar mais de um problema para o(s) mesmo(s) medicamento(s).

Quadro 23 - Lista de problemas relacionados à farmacoterapia

PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado
<input type="checkbox"/>	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida
<input type="checkbox"/>	Prescrição em subdose
<input type="checkbox"/>	Prescrição em sobredose
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horários de administração prescritos inadequados
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento prescrita inadequada
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-medicamento
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-alimento
<input type="checkbox"/>	Condição clínica sem tratamento
<input type="checkbox"/>	Necessidade de medicamento adicional
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa mais custo efetiva
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de seleção e prescrição
ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente
<input type="checkbox"/>	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente
<input type="checkbox"/>	Técnica de administração do paciente incorreta
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica ou via de administração incorreta
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta
<input type="checkbox"/>	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente
<input type="checkbox"/>	Continuação indevida do medicamento pelo paciente
<input type="checkbox"/>	Redução abrupta de dose pelo paciente
<input type="checkbox"/>	Paciente não iniciou o tratamento
<input type="checkbox"/>	Uso abusivo do medicamento
<input type="checkbox"/>	Automedicação indevida
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de administração ou adesão não especificados
FALHAS DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto
<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta
<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacêutica incorreta
<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta
<input type="checkbox"/>	Medicamento em falta no estoque (não dispensado)
<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados

continua

conclusão

DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito
<input type="checkbox"/>	Medicamentos discrepantes
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições
<input type="checkbox"/>	Doses discrepantes
<input type="checkbox"/>	Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes
<input type="checkbox"/>	Duração de tratamentos discrepantes
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Desvio de qualidade aparente
<input type="checkbox"/>	Uso de medicamento vencido
<input type="checkbox"/>	Armazenamento incorreto
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade
MONITORIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento laboratorial
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial
<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento
TRATAMENTO NÃO EFETIVO	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo com causa identificada
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)
<input type="checkbox"/>	Reação retardada/teratogênese (tipo D)
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/>	Overdose/Intoxicação medicamentosa acidental
<input type="checkbox"/>	Overdose/Intoxicação medicamentosa intenciona
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

Além de usar a lista de problemas como guia implícito para avaliação da farmacoterapia do paciente, outras três listas ajudam: 1) Lista de medicamentos inapropriados em idosos >65 anos segundo critérios de Beers; 2) Lista de medicamentos inapropriados e condições clínicas sem tratamento em idosos segundo critérios STOPP/START; e 3) Lista de padrões de qualidade de utilização que devem ser seguidos para certos medicamentos. Essas listas são chamadas de critérios explícitos.

3.7.1 Medicamentos potencialmente inapropriados em idosos

Os medicamentos potencialmente inadequados (MPIs) continuam a ser prescritos e usados como tratamento de primeira linha para os idosos mais vulneráveis, apesar das evidências dos resultados precários do tratamento com o uso de MPIs nesse grupo de pacientes.

Critérios de Beers 2012

Os Critérios de Beers, também conhecidos como a lista de Beers, são uma listagem dos medicamentos considerados inapropriados e pouco seguros para serem administrados em pessoas >65 anos. Em 2012 foi publicada a atualização mais recente desta lista, com o apoio da *American Geriatrics Society* (AGS), contando com uma revisão das evidências que sustentam cada recomendação (THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012). Na versão final dos critérios foram incluídos 53 medicamentos ou classes de medicamentos, divididos em três categorias: medicamentos potencialmente inadequados e classes a evitar em idosos, medicamentos potencialmente inadequados e classes a evitar em idosos com certas doenças e síndromes e, por fim, medicamentos a serem usados com cautela em idosos. Essa atualização tem muita força por utilizar uma abordagem baseada em evidências, segundo as normas do *Institute of Medicine*, e formar uma parceria destinada a atualizar regularmente os critérios.

Vários estudos realizados no Brasil já utilizaram o Critério de Beers para avaliação da prevalência de uso de medicamentos inapropriados. Em um desses estudos, realizado com mais de 2 mil idosos no Estado de São Paulo, foi encontrado que 15,1% deles utilizavam pelo menos um medicamento inapropriado (CARVALHO, 2007).

Critérios STOPP/START 2008

Os critérios *Screening Tool of Older Persons's Prescriptions* (STOPP) para medicamentos inapropriados em idosos foram publicados em 2008, na tentativa de suprir as lacunas da lista de Beers e outros critérios existentes na literatura. Com o STOPP foram publicados os critérios *Screening Tool to Alert Doctors to the Right Treatment* (START), que constituem um método de identificação sistemática de omissões de prescrições, isto é, aqueles medicamentos que devem ser iniciados em idosos com determinadas doenças (GALLAGHER et al., 2008).

Esses critérios ganharam fama internacional pela sua qualidade e já foram utilizados em dezenas de estudos publicados desde então. Ainda há escassez de estudos no Brasil aplicando estes critérios. No cenário internacional, segundo os critérios STOPP/START, a prevalência de uso de MPIs na atenção primária foi de 21,4% e a omissão de prescrição de medicamentos necessários chega a 22,7% (RYAN et al., 2009).

Indicadores de Morbidade Evitável por Medicamentos

Os indicadores MERM constituem medidas operacionais de gestão do risco terapêutico, uma vez que identificam processos de cuidados de saúde preditores de um resultado clínico negativo potencialmente evitável. O desenvolvimento destes indicadores clínicos se iniciou no final dos anos 90, nos Estados Unidos da América (EUA), e expandiu-se mais tarde para o Reino Unido e outros países.

Consistem em listas de critérios para uso racional de medicamentos, que podem ser aplicados a qualquer idade, e como padrões de qualidade de prática a serem atingidos (MACKINNON; HEPLER, 2002; MORRIS et al., 2002).

A lista original, em inglês, consiste em 61 indicadores. A aplicação desses critérios a quase 50 mil pacientes atendidos na atenção primária da Inglaterra encontrou uma prevalência de 1% (MORRIS et al., 2004). Há uma versão traduzida para os cuidados primários de Portugal, com 44 indicadores, publicada em 2007 (GUERREIRO; CANTRILL; MARTINS, 2007). No Brasil, não se dispõe ainda de uma versão adaptada destes critérios para a Atenção Básica à Saúde, considerando, por exemplo, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) ou a Farmacopeia Brasileira. Por isso, é utilizada como referência a lista original de 61 indicadores.

3.8 Elaboração do plano de cuidado

O plano de cuidado consiste no conjunto de ações pactuadas com o paciente ao final da consulta, bem como na definição das metas terapêuticas a serem atingidas. É na elaboração do plano de cuidado que o farmacêutico define a necessidade de realização de intervenções farmacêuticas para prevenir ou resolver problemas no uso dos medicamentos.

Por definição, intervenções farmacêuticas são “atos planejados, documentados e realizados junto ao usuário e aos profissionais de saúde, que visam resolver ou prevenir problemas relacionados à farmacoterapia e garantir o alcance das metas terapêuticas” (SABATER et al., 2005).

Uma intervenção farmacêutica pode, portanto, ser direcionada diretamente ao paciente, ou ao médico (ou prescritor) responsável pela seleção do tratamento que está sendo utilizado. Pode incluir também encaminhamentos a outros profissionais.

A cada consulta é possível realizar as seguintes intervenções farmacêuticas (Quadro 24):

Quadro 24 - Lista de intervenções farmacêuticas

Informação e aconselhamento
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral
Aconselhamento sobre automonitoramento da doença
Outro aconselhamento não especificado
Provisão de materiais e elaboração de parecer:
Lista atualizada dos medicamentos em uso
Calendário posológico de medicamentos
Parecer farmacêutico ao médico e equipe de saúde
Material educativo impresso/panfleto
Diário para automonitoramento
Organizador de comprimidos ou dispositivos para auxiliar na adesão ao tratamento
Dispositivo para automonitoramento (por ex.: glucosímetro)

continua

conclusão

Monitoramento
Recomendação para realização de exame laboratorial
Recomendação de monitoramento não laboratorial
Recomendação de automonitoramento
Alterações diretas na terapia (medicamento não prescrito ou com concordância do prescritor)
Início de novo medicamento
Suspensão de medicamento
Substituição de medicamento
Alteração de forma farmacêutica
Alteração de via de administração
Alteração na frequência ou horário de administração sem alteração da dose diária (esta intervenção pode ser feita sem consultar o prescritor, caso não tenha sido especificado horário de administração na receita).
Aumento da dose diária
Redução de dose diária
Encaminhamentos
Encaminhamento ao médico
Encaminhamento ao serviço de Enfermagem
Encaminhamento ao psicólogo
Encaminhamento ao nutricionista
Encaminhamento a serviço de suporte social
Encaminhamento ao fisioterapeuta
Encaminhamento a outro serviço farmacêutico
Encaminhamento a programa de educação estruturada
Encaminhamento ao pronto atendimento
Outros encaminhamentos não especificados

Fonte: Imagem gentilmente cedida pelo Ambulatório de Atenção Farmacêutica do Hospital de Clínicas do Paraná.

3.8.1 Como aconselhar o paciente

Para aconselhamento ao paciente sobre os medicamentos, adotamos como referência o método desenvolvido pelo Serviço de Saúde Indígena dos Estados Unidos (*Indian Health Service*) e as diretrizes para aconselhamento sobre medicamentos estabelecidas pelo *American Society of Health-System Pharmacists* (ASHP) desde 1997.

O objetivo primário durante o aconselhamento é aumentar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos, de uma maneira que esteja adequada à escolaridade, à cultura e aos conhecimentos prévios do paciente. O aumento do conhecimento, por sua vez, tem por objetivo ampliar a capacidade do paciente de tomar decisões e gerir seu tratamento, sua autoconfiança e sua adesão ao tratamento.

A ASHP recomenda as seguintes etapas para o aconselhamento dos pacientes:

1. Estabeleça uma relação terapêutica com o paciente. Apresente-se ao paciente. Explique como vai acontecer o atendimento e tome conhecimento da capacidade de fala, audição e linguagem do paciente.
2. Avalie o conhecimento do paciente. Pergunte sobre sua saúde e seus medicamentos. Avalie a capacidade mental e física do paciente para manusear e utilizar os medicamentos conforme prescrição. Avalie suas crenças e dificuldades. Faça perguntas abertas e fechadas.
3. Forneça orientação verbal e complemente com recursos visuais ou demonstrações. Use os próprios medicamentos do paciente para apoiar a orientação, mostrando os comprimidos, lendo com o paciente informações da embalagem, demonstrando como usar corretamente a forma farmacêutica. Complemente com informação por escrito,

na forma da lista completa dos medicamentos do paciente ou do calendário de medicação.

4. Verifique se o paciente entendeu as informações. Use a técnica do *teach-back*, pedindo ao paciente que repita as informações que foram fornecidas durante a consulta. Isso pode ser feito, principalmente, quando se aproxima o fim da consulta.

O Serviço Americano de Saúde Indígena utiliza uma abordagem de perguntas para explorar o conhecimento do paciente e construir a orientação, bem como a técnica de *teach-back* para confirmar o entendimento do paciente. As perguntas usadas são as seguintes:

Quadro 25 - Perguntas para explorar o conhecimento do paciente

Para que o médico lhe disse que é o medicamento?

OU

Para que está tomando este medicamento?

Como o médico lhe disse para tomar este medicamento?

OU

Como você está tomando este medicamento?

Quanto seu médico disse para tomar e como tomar?

Quantas vezes por dia o(a) sr(a) deve tomar?

Por quanto tempo o(a) sr(a) deve tomar?

O que o médico lhe disse em relação aos efeitos deste medicamento? Sobre o que esperar?

OU

Está tendo algum tipo de problema com este medicamento?

Só para ter certeza de que não nos esquecemos de nada, o(a) sr(a) poderia dizer então como vai utilizar este medicamento?

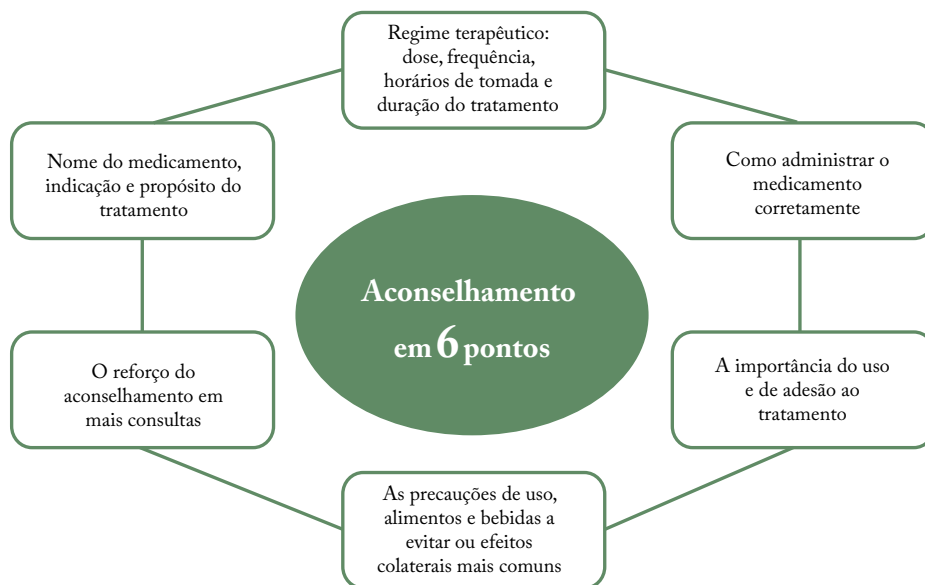
Fonte: *Indian Health Service* (SARDINHA,1997).

O processo de aconselhamento do paciente está inserido no roteiro da consulta, integrado à coleta de dados sobre o paciente. Durante a coleta de dados, use as perguntas da própria anamnese farmacológica e do BMQ para explorar as questões relativas ao conhecimento do paciente. Estas perguntas estarão integradas a outras, como a rotina de medicação, o esquecimento de doses, as dificuldades de manejo dos produtos, entre outras.

Em termos de conteúdo, uma revisão de ensaios clínicos randomizados indicou que um “aconselhamento-de-seis-pontos”, acrescido da entrega de materiais impressos, esteve associado aos melhores resultados (OKUMURA; ROTTA; CORRER, 2014). Estes pontos são os seguintes (Figura 20):

1. Nome do medicamento, indicação e propósito do tratamento.
2. Regime terapêutico: dose, frequência, horários de tomada e duração do tratamento.
3. Como administrar o medicamento corretamente.
4. A importância do uso e da adesão ao tratamento para a saúde.
5. As precauções de uso, particularmente alimentos e bebidas a evitar ou efeitos colaterais mais comuns.
6. O reforço, caracterizado pela repetição do aconselhamento em mais de uma consulta com o farmacêutico.

Figura 20 – Conteúdo do aconselhamento sobre medicamentos ao paciente, em seis pontos



Fonte: Autores.

3.8.2 Suporte ao processo de aconselhamento: o uso do calendário

Calendários são recursos simples, nos quais são listados os medicamentos prescritos (e não prescritos) e os horários de tomada, marcados em uma tabela. Geralmente, são utilizados pictogramas, como desenhos de sol, refeições e lua para representar os momentos do dia, com a intenção de facilitar sua interpretação por paciente analfabetos, incluindo aqueles funcionais. São úteis para alguns pacientes, embora não para todos, e por isso é necessário avaliar sua aplicabilidade ao paciente e confirmar sua compreensão sobre o que significam as informações contidas no calendário (CORRER; OTUKI, 2013).

Uma meta para a consulta é organizar os horários de medicação de modo que todas as doses sejam administradas em, no máximo, dois ou três momentos do dia.

3.8.3 Autonomia do farmacêutico para fazer mudanças na farmacoterapia

A autonomia refere-se à liberdade que o profissional possui para fazer alterações na farmacoterapia ou solicitação de exames laboratoriais sem anuência ou solicitação a outro profissional, principalmente o médico. A literatura mostra que serviços nos quais o farmacêutico possui maior autonomia podem alcançar maior resolutividade e eficiência.

No entanto, de modo geral, no serviço de clínica farmacêutica, não é possível realizar modificações na farmacoterapia do paciente sem antes consultar o médico prescritor, a não ser que esta seja necessária para preservação da vida do paciente ou prevenção de dano considerado grave (justificativa ética). Da mesma forma, na maioria dos casos, os farmacêuticos não podem requisitar exames laboratoriais diretamente ao paciente, uma vez que alguns exames na rede municipal requerem pedido feito pelo médico ou enfermeira para serem autorizados.

Por outro lado, alterações ou ajustes em horários de tomada (aprazamento) são considerados de rotina, principalmente para reduzir a complexidade do tratamento, melhorar a adesão terapêutica ou para evitar eventuais interações com outros medicamentos ou alimentos.

Considerando, ainda, as realidades municipais, é possível estabelecer protocolos que normatizem a autonomia dos farmacêuticos para solicitação de exames laboratoriais, para realizar ajustes na farmacoterapia, ou mesmo recomendar alguns tipos específicos de medicamentos para tratamento de sintomas menores. Neste sentido, deverá haver pactuação local que defina as regras e os limites destas práticas.

3.8.4 Como registrar as intervenções farmacêuticas no prontuário do serviço

Para registrar as intervenções farmacêuticas realizadas, basta marcar um X nas ações correspondentes no prontuário. Todas as condutas realizadas devem ser sempre marcadas em cada consulta.

Além das intervenções realizadas, devem ser anotadas aquelas ações que foram pactuadas com o paciente. Isso pode incluir medidas não farmacológicas que são iniciadas, mudanças no tratamento, pedidos de exames ou avaliações, entre outras. Um bom registro dessas ações permitirá direcionar com mais eficiência as consultas de retorno. Veja um exemplo a seguir (Quadro 26):

Quadro 26 - Lista de intervenções farmacêuticas - exemplo

Informação e aconselhamento
X Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral
X Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica
X Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral
X Aconselhamento sobre automonitoramento da doença
Outro aconselhamento não especificado
Provisão de materiais e elaboração de parecer:
X Lista atualizada dos medicamentos em uso
Calendário posológico de medicamentos
X Parecer farmacêutico ao médico e equipe de saúde
Material educativo impresso/panfleto
X Diário para automonitoramento

continua

continuação

Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento
Dispositivo para automonitoramento (por ex.: glucosímetro)
Monitoramento
Recomendação para realização de exame laboratorial
Recomendação de monitoramento não laboratorial
X Recomendação de automonitoramento
Alterações diretas na terapia (medicamento não prescrito ou com concordância do prescritor)
Início de novo medicamento
Suspensão de medicamento
Substituição de medicamento
Alteração de forma farmacêutica
Alteração de via de administração
X Alteração na frequência ou horário de administração sem alteração da dose diária (esta intervenção pode ser feita sem consultar o prescritor, caso não tenha sido especificado horário de administração na receita).
X Aumento da dose diária
Redução de dose diária
Encaminhamentos
X Encaminhamento ao médico
Encaminhamento ao serviço de Enfermagem
Encaminhamento ao psicólogo
Encaminhamento ao nutricionista
Encaminhamento a serviço de suporte social
Encaminhamento a outro serviço farmacêutico
Encaminhamento a programa de educação estruturada
Encaminhamento ao pronto atendimento
Outros encaminhamentos não especificados

continua

conclusão

AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE		
<p>Paciente irá modificar o esquema de horários da medicação conforme orientação em consulta, a fim de melhorar adesão.</p> <p>Fornecido diário de MRPA para trazer na próxima consulta.</p> <p>Fornecido parecer farmacêutico sobre Tx do diabetes. Paciente irá levar ao médico, com lista de medicamentos atualizada, na próxima consulta com ele.</p> <p>Paciente irá começar a fazer caminhadas de 30 minutos 2x semana a partir da próxima semana.</p>		
FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO		
Data e horário da próxima consulta: 30/4/2014 – 10h	Farmacêutico/ Assinatura:	Tempo da consulta (min): 40min

Fonte: Autores.

Adicionalmente, é importante materializar a consulta. Por isso, a meta do serviço de clínica farmacêutica é que o paciente receba, ao final de cada consulta, no mínimo, **a lista atualizada de todos os medicamentos do paciente, com orientações para uso correto.** Veja os modelos na Parte 4 deste manual.

Outros materiais que podem ser entregues, também disponíveis na Parte 4, são:

1. Diário para MRPA.
2. Diário para glicemias capilares.
3. Parecer farmacêutico direcionado à equipe.
4. Declaração de comparecimento à consulta.

3.8.5 Elaboração do parecer farmacêutico

Um produto importante de uma avaliação da farmacoterapia realizada por um farmacêutico é a elaboração de um parecer escrito, direcionado à equipe de saúde.

Muitas vezes é inadequado pedir ao paciente que relate ao médico suas sugestões, pois a informação pode chegar distorcida e gerar desentendimento. Quando o contato direto com o médico não está disponível ou é inoportuno, elaborar um informe escrito é a melhor solução. Este deve ser levado e entregue ao médico pelo paciente, preservando a relação médico-paciente e posicionando o paciente como sujeito.

A carta ao médico, também chamada de informe terapêutico, é uma ferramenta poderosa de comunicação.

O farmacêutico deve ver o médico como parceiro, por isso o conteúdo da carta deve ser ético, cordial e tecnicamente consistente. Isto é, o objetivo da carta não é apontar erros de prescrição, tampouco expor o comportamento do paciente. O objetivo é apresentar um laudo farmacêutico, com a identificação de problemas do paciente, de interesse deste e do médico, e propor alternativas de resolução, deixando clara a responsabilidade e o comprometimento do farmacêutico com a continuidade do cuidado e o trabalho multidisciplinar (CORRER; OTUKI, 2013).

O Quadro 27 traz os componentes principais de um parecer farmacêutico (CORRER; OTUKI, 2013). Estes itens são apenas ilustrativos, uma vez que cada parecer é específico.

Quadro 27 – Componentes de um parecer farmacêutico

Apresentação: identificação do paciente, dos medicamentos envolvidos na situação e dos problemas de saúde sob tratamento.

Motivo do encaminhamento: problemas da farmacoterapia identificados e manifestações clínicas que fundamentam a suspeita (sinais, sintomas, medidas clínicas). Utilizar linguagem técnica e evitar proposições de diagnóstico ou prognóstico.

Avaliação farmacêutica: relação entre os problemas encontrados e a farmacoterapia do paciente, incluindo possíveis causas. Proposta de solução do problema, incluindo alternativas terapêuticas e sugestões.

Fechamento: despedida formal, reforçando a solicitação da avaliação do médico sobre o problema, colocando-se à disposição e reforçando a continuidade do cuidado que será prestado.

Data, carimbo e assinatura do farmacêutico

Fonte: Autores.

3.9 Registro no prontuário da unidade de saúde: modelo SOAP

O registro da evolução do paciente no prontuário pode ser feito de várias formas. O modo de registro mais comum no Brasil segue o acrônimo SOAP, em que as informações de cada consulta são anotadas em ordem cronológica (com a data da consulta e o tempo) e de forma definida.

Cada letra da sigla SOAP refere-se a um dos quatro aspectos fundamentais das notas de evolução diária, ou seja os dados subjetivos (S), os dados objetivos (O), a avaliação (A) e o plano (P).

Os dados subjetivos (S) compreendem as queixas dos pacientes e outras informações fornecidas por eles, pelos parentes ou pelos acompanhantes. Os dados objetivos (O) incluem os achados de exame físico e os exames complementares. A avaliação (A) refere-se às conclusões sobre a situação do paciente, particularmente os problemas da farmacoterapia identificados. O plano (P) inclui os exames a serem solicitados, as informações prestadas aos pacientes e familiares visando à orientação e à educação, as sugestões feitas para mudanças na farmacoterapia e os encaminhamentos a outros profissionais.

Veja, a seguir, um exemplo de registro em formato SOAP (Quadro 28).

Quadro 28 - Evolução em prontuário (SOAP)

Serviço de clínica farmacêutica – evolução em prontuário (SOAP)
M.R., homem, 87 anos, com histórico de fibrilação atrial, acidente isquêmico transitório (AIT) prévio, hipertensão, dislipidemia, diabetes, artrite, gastrite leve, depressão. Em uso de metoprolol 50 mg/dia, varfarina 5 mg/dia, pantoprazol 40 mg/dia, metformina 850 mg (1x/dia), domperidona 10 mg/dia, mirtazapina 30 mg/dia, diclofenaco potássico 50 mg, se dor.
Exemplo de registro SOAP da consulta: 10/2/2014
#S Paciente refere fezes de coloração negra, dor na região do estômago, aumento na frequência das dores nas articulações, com consequente aumento do uso de diclofenaco. Nega problemas no uso dos medicamentos.
Relata não fazer uso da atorvastatina prescrita devido a problema de acesso.

continua

conclusão

Serviço de clínica farmacêutica – evolução em prontuário (SOAP)

#O PA (na consulta)= 127/84; Hemoglobina glicada(10/1/2014)= 8,9%; RNI (10/1/2014)= 2,69; Perfil lipídico (10/1/2014) CT: 275 mg/dL;TG: 363 mg/dL; HDL: 27 mg/dL.

#A Foram identificados os seguintes problemas da farmacoterapia: Condição clínica não tratada (dislipidemia); suspeita de reação adversa a medicamento (varfarina – sangramento) e reação adversa a medicamento (diclofenaco potássico – dor gástrica); paciente não iniciou o tratamento devido a problema de acesso (atorvastatina); inefetividade do tratamento do diabetes (valores de hemoglobina glicada fora das metas terapêuticas).

#P Foram realizadas as seguintes intervenções farmacêuticas: encaminhamento com urgência ao médico para investigação de sangramento do trato gastrointestinal; elaboração de carta de encaminhamento ao médico com sugestão de substituição do diclofenaco por outro anti-inflamatório/analgésico alternativo – não Aine, aumento da dose diária da metformina e manejo da dose de varfarina, se confirmado sangramento; elaboração de carta ao médico solicitando laudo para acesso da paciente ao medicamento atorvastatina pelo componente especializado. Acompanhamento.

Fonte: Autores.

3.10 Acompanhamento do paciente: consultas de retorno

O prontuário das consultas de retorno é igual ao da primeira consulta, com duas exceções:

1. Não dispõe da primeira parte, do perfil do paciente, que só precisa ser preenchido na primeira consulta.
2. São registrados também os resultados das intervenções realizadas na consulta anterior.

Assim, o roteiro das consultas de retorno segue as mesmas etapas da primeira consulta, com especial ênfase na atualização do estado clínico dos problemas de

saúde, nos resultados das intervenções anteriores e na atualização da farmacoterapia atual. Novos problemas e novas intervenções podem ser registrados a cada retorno e as ações pactuadas com o paciente devem ser também registradas.

A seguir,, no Quadro 29, é apresentado um exemplo de como registrar os resultados das intervenções anteriores.

Quadro 29 - Resultados das intervenções anteriores

Mudanças desde a última consulta	Evolução/O que aconteceu:
Mudanças no comportamento e adesão ao paciente ao tratamento	A taxa de retirada de medicamentos na dispensação do paciente passou para 85% no período. O paciente relata que fixou calendário na geladeira e que está sendo útil para não esquecer os horários de medicação.
Exames de monitoramento realizados	Não aplicável.
Alterações na farmacoterapia realizadas	O médico mudou a dose da metformina 850 mg de 2x/dia para 3x/dia, com as refeições.
Consultas realizadas com médico e outros profissionais	Consulta com médico duas semanas após a primeira consulta.

Fonte: Autores

No exemplo anterior, estes resultados podem ser consequência das seguintes intervenções realizadas na primeira consulta (Quadro 30):

Quadro 30 - Lista de intervenções farmacêuticas - preenchidas

Informação e aconselhamento
X Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico
X Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas
Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica
X Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral
Aconselhamento sobre automonitoramento da doença
Outro aconselhamento não especificado
Provisão de materiais e elaboração de parecer:
Lista atualizada dos medicamentos em uso
X Calendário posológico de medicamentos
X Parecer farmacêutico ao médico e equipe de saúde
Material educativo impresso/panfleto
Diário para automonitoramento
Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento
Dispositivo para automonitoramento (por ex.: glucosímetro)
Monitoramento
Recomendação para realização de exame laboratorial
Recomendação de monitoramento não laboratorial
Recomendação de automonitoramento
Alterações diretas na terapia (medicamento não prescrito ou com concordância do prescritor)
Início de novo medicamento
Suspensão de medicamento
Substituição de medicamento

continua

conclusão

Alteração de forma farmacêutica		
Alteração de via de administração		
Alteração na frequência ou horário de administração sem alteração da dose diária (esta intervenção pode ser feita sem consultar o prescritor, caso não tenha sido especificado horário de administração na receita)		
<input checked="" type="checkbox"/> Aumento da dose diária		
Redução de dose diária		
Encaminhamentos		
<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico		
Encaminhamento ao serviço de Enfermagem		
Encaminhamento ao psicólogo		
Encaminhamento ao nutricionista		
Encaminhamento a serviço de suporte social		
Encaminhamento a outro serviço farmacêutico		
Encaminhamento a programa de educação estruturada		
Encaminhamento ao pronto atendimento		
Outros encaminhamentos não especificados		
AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE		
<p>Paciente concorda em reorganizar os medicamentos em casa e procurar não atrasar mais a retirada dos meds na UBS. Fornecido calendário de medicamentos para fixar na geladeira.</p> <p>Fornecido parecer farmacêutico, com solicitação de aumento da dose de metformina, considerando Melhora Parcial obtida na A1c nos últimos quatro meses e boa tolerabilidade. Paciente encaminhado para consulta com médico da UBS.</p>		
FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO		
Data e horário da próxima consulta: 30/6/2014 – 10h	Farmacêutico/assinatura:	Tempo da consulta (min): 45 min

Fonte: Autores.

Parte 4: Ferramentas e instrumentos para o cuidado farmacêutico

As ferramentas e os instrumentos apresentados a seguir são parte integrante do modelo de atendimento farmacêutico proposto neste Caderno. Eles objetivam orientar a consulta, documentar seu conteúdo e auxiliar no processo de avaliação dos pacientes. Ressaltamos o fato de que nenhum dos instrumentos tem finalidade diagnóstica, mas sim o objetivo de avaliar efetividade e segurança da farmacoterapia e, em alguns casos, ser capaz de indicar a necessidade de uma avaliação médica e/ou de tratamento adicional. O prontuário deverá servir como roteiro de consulta e é aconselhado que todos os domínios sejam adequadamente preenchidos durante o atendimento. Os demais instrumentos serão utilizados conforme a necessidade de avaliação para cada paciente, considerando-se suas condições clínicas.

Todos os formulários foram cuidadosamente desenvolvidos, levando-se em consideração as melhores evidências em saúde para que pudessem ser didáticos, no sentido de nortear a realização de uma consulta resolutiva. Além do mais, os formulários também facilitam a avaliação de indicadores de qualidade e de eficiência do serviço, uma etapa muito importante do processo, permitindo também

coleta de dados para possíveis investigações científicas, desde que consentidas por um comitê de ética e pelos usuários do serviço. Nos municípios onde serviços de clínica farmacêutica não tenham sido implantados, os instrumentos validados, aqui apresentados, também podem ser úteis, como forma de iniciar novas atividades à rotina já existente ou para avaliações em pacientes atendidos em outros serviços.

Consideramos que durante o período de implantação do serviço de clínica farmacêutica em Atenção Básica à Saúde a utilização desses materiais é fundamental. Acreditamos que apenas após a sedimentação do processo de trabalho do cuidado farmacêutico e a aquisição de competências clínicas que tornem este profissional apto a realizar consultas de maneira menos dependente dos formulários é que estes materiais poderão então ser modificados, simplificados ou adaptados, considerando-se especificidades geográficas ou epidemiológicas. Portanto, nas etapas de capacitação o uso dos formulários é essencial.

4.1 Formulário padronizado para realização da consulta farmacêutica (prontuário)

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA	
PERFIL DO PACIENTE	
Unidade de Saúde:	Data e horário da 1ª consulta:
Origem:	Local de atendimento: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio
Nome do paciente:	
Data de nascimento:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Idade:	
Escolaridade:	Ocupação:
Telefone:	Peso: Altura: IMC:
Endereço:	
Com quem mora?	
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:	
Autonomia na gestão dos medicamentos:	
<input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência	
<input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho	
Tem cuidador? <input type="checkbox"/>	Nome: _____
Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>	Parentesco: _____ Telefone: _____
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa:	
HISTÓRIA SOCIAL	
Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____	
Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____	
Tempo de uso: _____	

continua

conclusão

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA							
PERFIL DO PACIENTE							
Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)? _____ Quantidade/dia _____ Anos de uso _____ Anos/maço: _____							
Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____							
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e de alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir
ACESSO AOS MEDICAMENTOS							
Setor público	Setor privado	Quanto gasta com medicamentos mensalmente? _____ Dificuldades de acesso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____ _____					
<input type="checkbox"/> Unidades de saúde	<input type="checkbox"/> Farmácias privadas						
<input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular	<input type="checkbox"/> Farmácias magistrais						
<input type="checkbox"/> F. comunitária pública	<input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem Farmácia Popular"						
<input type="checkbox"/> F. especial/ambulatorial							

PROBLEMAS DE SAÚDE/QUEIXAS		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual *
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

* Curado (CUR)/Controlado (CON)/Melhora parcial (MPA)/Piora Parcial (PPA)/Não controlado (NCO)/
Sob avaliação diagnóstica (SAD)/Desconhecido (DES)

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE	
Nota:	Motivo:
QUALIDADE DE VIDA	
Nota:	Motivo:

FARMACOTERAPIA ATUAL														
Princípio ativo/ Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada						Tempo de uso	Como funciona p/ você? *			
				Café		Almoço		Lanche				Jantar		HD
			A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	-	-
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														

* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus comprimidos, o(a) senhor(a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?

Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?

O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?

Não
 Sim

O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?

Não
 Sim

Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?

Não
 Sim

Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?

Não
 Sim

ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? Não Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?

ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES? Não Sim

Dor de cabeça

Coceira/urticária

Problemas de sono

Problema gastrointestinal

Tontura/desequilíbrio

Incontinência/problema urinário

Problema sexual

Dor muscular

Fadiga/cansaço

Mudança no humor

continua

conclusão

ADESÃO AO TRATAMENTO				
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)				
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/ utilização	
ALERGIAS				
Alergias conhecidas [] Não [] Sim:				

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO		
<input type="checkbox"/>	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	
<input type="checkbox"/>	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em subdose	
<input type="checkbox"/>	Prescrição em sobredose	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horários de administração prescritos inadequados	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento prescrita inadequada	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-medicamento	
<input type="checkbox"/>	Interação medicamento-alimento	
<input type="checkbox"/>	Condição clínica sem tratamento	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de medicamento adicional	
<input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa mais custo efetiva	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de seleção e prescrição	
ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Técnica de administração do paciente incorreta	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica ou via de administração incorreta	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	
<input type="checkbox"/>	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Redução abrupta de dose pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Paciente não iniciou o tratamento	
<input type="checkbox"/>	Uso abusivo do medicamento	
<input type="checkbox"/>	Automedicação indevida	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de administração ou adesão não especificados	

continua

continuação

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO		
<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta	
<input type="checkbox"/>	Medicamento em falta no estoque (não dispensado)	
<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou de manipulação não especificados	
DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE		
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito	
<input type="checkbox"/>	Medicamentos discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições	
<input type="checkbox"/>	Doses discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Duração de tratamentos discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Desvio de qualidade aparente	
<input type="checkbox"/>	Uso de medicamento vencido	
<input type="checkbox"/>	Armazenamento incorreto	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade	
MONITORAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	
TRATAMENTO NÃO EFETIVO		
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo com causa identificada	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	

continua

conclusão

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	
<input type="checkbox"/>	Reação retardada/teratogênese (tipo D)	
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS		
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa acidental	
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento		

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado

continua

continuação

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento Suspensão de medicamento Substituição de medicamento Alteração de forma farmacêutica Alteração de via de administração Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária Aumento da dose diária Redução de dose diária Outras alterações na terapia não especificadas
MONITORAMENTO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento laboratorial Recomendação de monitoramento não laboratorial Recomendação de automonitoramento Outras recomendações de monitoramento não especificadas
ENCAMINHAMENTO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico Encaminhamento ao médico Encaminhamento ao enfermeiro Encaminhamento ao psicólogo Encaminhamento ao nutricionista Encaminhamento ao fisioterapeuta Encaminhamento a serviço de suporte social Encaminhamento a programa de educação estruturada Encaminhamento ao pronto atendimento Outros encaminhamentos não especificados

continua

conclusão

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
PROVISÃO DE MATERIAIS	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lista ou Calendário posológico de medicamentos Rótulos/instruções pictóricas Informe terapêutico/carta ao médico ou outros profissionais Material educativo impresso/panfleto Informação científica impressa Diário para automonitoramento Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento Dispositivo para automonitoramento Provisão de materiais não especificados
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento	
OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE	
<hr/> <hr/>	
FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO	
Tempo da consulta (min):	Farmacêutico/Assinatura:

REGISTRO DE CONSULTA – RETORNO		
Paciente:	Data:	Hora início:
RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES		
MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA	Evolução/O que aconteceu:	
Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento		
Alterações na farmacoterapia realizadas		
Exames de monitoramento realizados		
Consultas realizadas com médico e outros profissionais		
PROBLEMAS DE SAÚDE/QUEIXAS – RETORNO		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual*
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

* Curado (CUR)/Controlado (CON)/Melhora parcial (MPA)/Piora parcial (PPA)/Não controlado (NCO)/
Sob avaliação diagnóstica (SAD)/Desconhecido (DES)

FARMACOTERAPIA ATUAL – RETORNO													
Princípio ativo/ concentração	Posologia prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada						Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café	Almoço	Lanche	Jantar	HD	SN				
				A	D	A	D	A	D	A	D	-	
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													
15.													
16.													
17.													
18.													
19.													

* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

ADESÃO AO TRATAMENTO						
A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus comprimidos, o(a) senhor(a) tem alguma dificuldade para tomar os seus? _____						
Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?						
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?					[] Não	[] Sim
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?					[] Não	[] Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?					[] Não	[] Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?					[] Não	[] Sim
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [] Não [] Sim						
Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:						
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?	
ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES?						
[] Não [] Sim						
[] Dor de cabeça	[] Tontura/desequilíbrio			[] Dor muscular		
[] Coceira/urticária	[] Incontinência/problema urinário			[] Fadiga/cansaço		
[] Problemas de sono	[] Problema sexual			[] Mudança no humor		
[] Problema gastrointestinal						

ADESÃO AO TRATAMENTO					
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS					
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)	
Abrir ou fechar a embalagem					
Ler o que está escrito na embalagem					
Lembrar de tomar o medicamento					
Conseguir o medicamento					
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo					
TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)					
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/utilização		

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada <input type="checkbox"/> Interação medicamento-medimento <input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo efetiva <input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição
ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta <input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta <input type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente <input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento <input type="checkbox"/> Automedicação indevida <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO	
<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	Dispensação de medicamento incorreto Dispensação de dose incorreta Dispensação de forma farmacêutica incorreta Dispensação de quantidade incorreta Medicamento em falta no estoque (não dispensado) Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados
DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	Omissão de medicamento prescrito Medicamentos discrepantes Duplicidade terapêutica entre prescrições Doses discrepantes Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes Duração de tratamentos discrepantes Outras discrepâncias não especificadas
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO	
<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	Desvio de qualidade aparente Uso de medicamento vencido Armazenamento incorreto Outros problemas relacionados à qualidade
MONITORAMENTO	
<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	Necessidade de monitoramento laboratorial Necessidade de monitoramento não laboratorial Necessidade de automonitoramento
TRATAMENTO NÃO EFETIVO	
<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	Tratamento não efetivo com causa identificada Tratamento não efetivo sem causa definida

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Reação adversa dose-dependente (tipo A) <input type="checkbox"/> Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) <input type="checkbox"/> Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) <input type="checkbox"/> Reação retardada/teratogênese (tipo D) <input type="checkbox"/> Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) <input type="checkbox"/> Reação adversa não especificada
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Overdose/intoxicação medicamentosa acidental <input type="checkbox"/> Overdose/intoxicação medicamentosa intencional
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO	
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA	
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas	
MONITORAMENTO	
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de automonitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento não especificadas	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
ENCAMINHAMENTO		
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço de suporte social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados		
PROVISÃO DE MATERIAIS		
<input type="checkbox"/> Lista ou calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos/instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso/panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para automonitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para automonitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados <input type="checkbox"/> [] Nenhuma intervenção realizada neste momento		
OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE		
FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO		
Tempo da consulta (min):	Farmacêutico/Assinatura:	Data e horário da próxima consulta:

4.2 Modelo de lista de medicamentos a ser entregue ao paciente



MEUS MEDICAMENTOS

Nome:	UMS:
Telefone:	Data:

Nome do Medicamento	Para quê?	Como usar?	Quem Prescreveu?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Alergias conhecidas? [Não [Sim:

Observações:	Farmacêutico Responsável: Telefone:
--------------	--

Esta lista de medicamentos é pessoal. Não recomende nenhum de seus medicamentos a ninguém. Carregue esta lista sempre consigo e apresente ao médico ou profissional de saúde sempre que for atendido(a). Caso seu tratamento seja modificado, procure seu farmacêutico para obter uma nova lista.

Serviço de Clínica Farmacêutica – Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – Paraná

Imagem gentilmente cedida pela Coordenação de Atenção Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR.

4.3 Instrumento para avaliação da adesão ao tratamento, considerando as crenças, as necessidades e as preocupações do paciente

BELIEFS ABOUT MEDICINES QUESTIONNAIRE (BaMQ)			
Salgado T., Marques A., Geraldés L., Benrimoj S., Horne R., Fernandez-Llimos F. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. São Paulo medical journal. 2013 Apr;131(2):88-94.			
Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	Concordo	Não tenho certeza	Discordo
N1 – Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	[3]	[2]	[1]
P1 – Ter que tomar estes medicamentos me preocupa	[3]	[2]	[1]
N2 – A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	[3]	[2]	[1]
P2 – Às vezes os efeitos em longo prazo destes medicamentos me preocupam	[3]	[2]	[1]
N3 – Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	[3]	[2]	[1]
P3 – Estes medicamentos são um mistério para mim	[3]	[2]	[1]
N4 – A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	[3]	[2]	[1]
P4 – Estes medicamentos perturbam a minha vida	[3]	[2]	[1]
P5 – Às vezes me preocupo em ficar muito dependente destes medicamentos	[3]	[2]	[1]
N5 – Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	[3]	[2]	[1]
P6 – Estes medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis	[3]	[2]	[1]
SOMATÓRIA NECESSIDADE:	/15	Escala 0-100:	N
SOMATÓRIA PREOCUPAÇÃO:	/18	Escala 0-100:	P

Alguns medicamentos problemáticos? [] SIM [] NÃO

Qual(is)/por quê?

4.3.1 Como avaliar as crenças, as necessidades e as preocupações do paciente sobre o tratamento por meio do BaMQ (*Beliefs About Medicines Questionnaire*)

O *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BaMQ) consiste em um instrumento utilizado na mensuração das crenças dos pacientes, avaliando as necessidades e as preocupações sobre os medicamentos e associando-as a não adesão ao tratamento (HORNE; WEINMAN; HANKINS, 1999).

O BaMQ tem como objetivo avaliar a natureza das crenças sobre os medicamentos, a distribuição dessas crenças entre diferentes populações e as relações entre crenças sobre medicamentos, crenças sobre doenças e comportamento de adesão ao tratamento. O questionário foi desenvolvido com base em crenças comuns aos pacientes identificadas na literatura, com uma variedade de doenças crônicas e com base em entrevistas realizadas com pacientes que recebem medicamentos para tratamento de condições crônicas.

Vários estudos têm demonstrado a utilidade da correlação entre a percepção do paciente sobre necessidade do tratamento, preocupações sobre os danos causados por medicamentos e a adesão do paciente ao tratamento de diferentes condições de saúde.

Salgado e colaboradores (2013) realizaram a adaptação transcultural do BaMQ em português para a população geral de usuários de medicamentos (SALGADO et al., 2013). Tal instrumento apresentou boa consistência interna e estrutura do componente idêntica à versão original em inglês, representando uma importante ferramenta para avaliação das crenças do paciente sobre o tratamento e sua tendência a aderir ou não ao tratamento.

O resultado é avaliado pela razão N/P (Necessidades/Preocupações), como demonstrado na figura a seguir, sendo a tendência a aderir ao tratamento diretamente proporcional ao resultado da razão N/P.

N/P > 1	Maior tendência a aderir ao tratamento
N/P = 1	Tendência a aderir = Tendência a não aderir
N/P < 1	Menor tendência a aderir ao tratamento

4.4 Monitoramento residencial da pressão arterial (MRPA)

NOME:

DIA	HORÁRIO	VALORES – MANHÃ	HORÁRIO	VALORES – NOITE
DIA 1 ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1:	___ : ___	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
DIA 2 ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1:	___ : ___	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
DIA 3 ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1:	___ : ___	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:
DIA 4 ___ / ___ / ___	___ : ___	Medida 1:	___ : ___	Medida 1:
		Medida 2:		Medida 2:

INSTRUÇÕES

Efetuar duas medidas de manhã, antes da tomada dos medicamentos anti-hipertensivos e antes do desjejum, e duas medidas à noite, antes do jantar ou após duas horas.

Antes das medidas, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos.

Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição.

No momento da medição ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima.

Colocar o manguito no braço ao nível do coração.

Durante a medição não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar.

Efetuar duas medidas em cada horário, com intervalos de 1 minuto entre as duas medidas.

Anotar o horário e o valor de cada medida.

Farmacêutico responsável

4.4.1 Como interpretar a Medida Residencial da Pressão Arterial e a Pressão Arterial de Consultório em pacientes em uso de anti-hipertensivos

MRPA é o método destinado a fazer registro da PA fora do ambiente de consultório, pelo próprio paciente ou pessoa capacitada para tal, com equipamento validado e calibrado, durante o período de vigília, por um longo período de tempo, obedecendo a um protocolo previamente estabelecido e normatizado. Não deve ser confundida com a Automedida da Pressão Arterial (AMPA), que é registro não sistematizado e realizado a pedido do médico ou por decisão do próprio paciente (SBC, 2011).

A MRPA fornece informações úteis sobre os níveis da PA e o seu comportamento fora do ambiente de consultório, em diferentes momentos. O Quadro 31 mostra as indicações da MRPA (SBC, 2011).

Quadro 31 - Indicações para realização da MRPA

Pacientes sob tratamento anti-hipertensivo
Identificação e seguimento da hipertensão do avental branco
Identificação e quantificação do efeito do avental branco
Identificação da hipertensão mascarada
Avaliação da hipertensão de difícil controle
Condições clínicas que requerem controle rigoroso da PA (diabetes, doença renal, hipertensão na gravidez)

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2011.

A MRPA deve ser realizada com aparelhos automáticos, digitais e que utilizem, preferencialmente, a técnica oscilométrica. São recomendados apenas os monitores de braço, com selo do Inmetro e selo de recomendação da Sociedade Brasileira de

Cardiologia. Da mesma forma que para a medida de consultório e Mapa de 24 horas, o tamanho do manguito deve ser adequado à circunferência do braço do paciente (SBC, 2011).

O protocolo de MRPA consiste em orientar o paciente sobre como realizar a medida correta da PA e pedir que durante quatro dias consecutivos realize duas medidas de manhã, antes de tomar os medicamentos, e duas medidas à noite. O resultado da MRPA é a média calculada para todas as medidas (16 medidas).

Recomenda-se que sejam consideradas anormais as médias de pressão arterial acima de **130/85 mmHg** (SBC, 2011).

A MRPA é indicada para o acompanhamento em longo prazo de hipertensos em tratamento. Como para realização da MRPA são necessários o envolvimento e a cooperação do paciente, esta também pode aumentar a sua percepção sobre seu problema, melhorando a adesão à terapia anti-hipertensiva (SBC, 2011).

Com a identificação do efeito do avental branco, podem-se evitar alterações desnecessárias de anti-hipertensivos, diminuindo o risco decorrente dessa atitude e o custo do tratamento. A identificação da hipertensão mascarada permite, ao contrário, aperfeiçoar o tratamento. Como essas situações são altamente prevalentes em hipertensos tratados e muito difíceis de serem identificadas em consultório, a MRPA pode ser aplicada em todos os hipertensos sempre que possível (SBC, 2011).

As instruções ao paciente para realizar a MRPA são apresentadas no Quadro 32.

Quadro 32 - Instruções ao paciente para realizar a MRPA

- Efetuar duas medidas de manhã, antes da tomada dos medicamentos anti-hipertensivos e antes do desjejum, e duas medidas à noite, antes do jantar ou após duas horas.
- Antes das medidas, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos.
- Não usar roupas apertadas no braço no momento da medição.
- No momento da medição, ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima.
- Colocar o manguito no braço, deixando o braço na altura do coração.
- Durante a medição não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar.
- Efetuar duas medidas em cada horário, com intervalos de 1 minuto entre as duas medidas.
- Anotar o horário e o valor de cada medida.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2011.

A Tabela 1 mostra um exemplo de MRPA preenchida, com o resultado médio calculado e sua interpretação.

Tabela 1 - Exemplo de MRPA preenchida e a interpretação do seu resultado

DIA	HORÁRIO	VALORES – MANHÃ	HORÁRIO	VALORES – NOITE
DIA 1	7h30	Medida 1: 130/80	21h40	Medida 1: 145/92
		Medida 2: 130/82		Medida 2: 140/90
DIA 2	7h40	Medida 1: 130/85	21h30	Medida 1: 150/95
		Medida 2: 130/80		Medida 2: 145/90
DIA 3	7h30	Medida 1: 135/85	21h30	Medida 1: 135/85
		Medida 2: 132/82		Medida 2: 135/88
DIA 4	7h15	Medida 1: 140/80	20h50	Medida 1: 140/90
		Medida 2: 135/82		Medida 2: 140/90
Resultado: 137/86 mmHg (Média) / Manhã = 132/82 mmHg / Noite = 141/90 mmHg				
Interpretação: A MRPA mostra valores médios acima do desejável, que seria $\leq 130/85$ mmHg. Observa-se que a média da PA medida de manhã está bem mais próxima do desejável, enquanto a medida da noite encontra-se mais elevada. Esta variabilidade pode estar relacionada ao regime terapêutico em uso pelo paciente, a variações na adesão ao tratamento, além do próprio comportamento circadiano da doença. Provavelmente serão necessários ajustes na farmacoterapia a fim de atingir o controle, principalmente noturno.				

Fonte: Autores.

A medida da pressão arterial no consultório é considerada uma medida casual e deve ser feita em toda consulta para pacientes utilizando medicação anti-hipertensiva.

Durante a consulta, devem ser realizadas pelo menos três medidas. Sugere-se o intervalo de um minuto entre elas. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real (SBC, 2011).

Por exemplo, em um paciente com três medidas no consultório: 140/90; 136/86 e 138/88 mmHg, a primeira medida (140/90) deve ser descartada. Todas as medidas devem ser registradas no prontuário, mas o valor considerado é a média das duas últimas medidas, neste caso 137/87 mmHg.

Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que 4 mmHg, devem ser realizadas novas medidas até que se obtenham medidas com diferença inferior. A posição recomendada para a medida da pressão arterial é a sentada, o aparelho deve estar calibrado e o manguito apropriado ao diâmetro do braço do paciente (NOBRE et al., 2010).

Para interpretação das medidas casuais é importante guiar-se pelas diretrizes clínicas, estabelecidas nacionalmente ou mesmo pelo estado ou município. No final de 2013, foram publicadas as novas recomendações do JNC 8 (*Eight Joint National Committee*), nos Estados Unidos, trazendo as metas terapêuticas estabelecidas para o controle pressórico em pacientes hipertensos (JAMES et al., 2013). Estas são as seguintes:

1. Na população em geral com idade ≥ 60 anos, iniciar tratamento farmacológico para reduzir a pressão arterial (PA) em pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 150 mmHg ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Tratar com um objetivo de PAS < 150 mmHg e PAD < 90 mmHg. (Recomendação Forte – Grade A).

2. Na população em geral com idade ≥ 60 anos, se o tratamento farmacológico para HAS resultar em PAS menos (por exemplo, < 140 mmHg) e o tratamento for bem tolerado e sem efeitos adversos sobre a saúde e a qualidade de vida, o mesmo não precisa ser ajustado. (Opinião de especialista – Grade E).
3. Na população em geral com idade < 60 anos, iniciar tratamento farmacológico para HAS em PAD ≥ 90 mmHg, tratar com objetivo de PAD < 90 mmHg. (Para idades de 30-59 anos, Recomendação Forte – Grade A; Para idades de 18-29 anos, Opinião de especialista – Grade E).
4. Na população em geral com idade < 60 anos, iniciar tratamento farmacológico para HAS em PAS ≥ 140 mmHg, tratar com objetivo de PAS < 140 mmHg. (Opinião de especialista – Grade E).
5. Na população com idade ≥ 18 anos, com doença renal crônica (DRC), iniciar tratamento para HAS em PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg, tratar com objetivo de PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg. (Opinião de especialista – Grade E).
6. Na população com idade ≥ 18 anos, com diabetes, iniciar o tratamento para HAS em PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg, tratar com objetivo de PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg. (Opinião de especialista – Grade E).

4.5 Diário glicêmico e monitorização da glicemia capilar

DIÁRIO GLICÊMICO							
NOME:							
DATA DE INÍCIO DO MONITORAMENTO: ____ / ____ / ____							
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Jejum							
Após o café							
Antes do almoço							
Após o almoço							
Antes do jantar							
Após o jantar							
Hora de dormir							
Observações *							

* Atividades fora da rotina, como: festas, atividades físicas incomuns, jantares ou almoços diferentes etc.

INSTRUÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE GLICEMIA

1. Lavar e secar as mãos.
2. Preparar o lancetador com a lanceta.
3. Inserir a tira-teste com as barras de contato voltadas para cima na abertura de inserção do sensor.
4. O sensor automaticamente mostrará que já se pode colocar a gota de sangue.
5. Fazer a punção na lateral do dedo, usando um dispositivo de lancetagem recomendado, para obter a amostra de sangue adequada.
6. Quando o dispositivo indicar para colocar o sangue (desenho de uma gota piscando na tela), tocar a gota de sangue na área alvo da tira-teste até que a janela de confirmação esteja totalmente completa com sangue (a análise começará imediatamente).
7. Observar o resultado após alguns segundos; Registrar o resultado obtido no diário glicêmico.
8. Retirar a tira do medidor e descartá-la. Descartar a lanceta.
Desligar o medidor.

Farmacêutico responsável

4.5.1 Como interpretar a glicemia capilar e o diário glicêmico em pacientes em uso de antidiabéticos orais e/ou insulina

Existem duas formas principais disponíveis para avaliar a efetividade do tratamento do diabetes *mellitus*: o exame de hemoglobina glicada (A1c) e o automonitoramento da glicemia capilar (SBD, 2014). O uso da glicemia laboratorial em jejum ou do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) é cada vez menor para monitoramento do paciente, sendo importantes apenas no momento do diagnóstico.

O teste de glicemia capilar é feito usando glucosímetro portátil, devendo seguir as recomendações do fabricante do modo de usar, para cada modelo disponível no mercado. A Tabela 2 mostra os horários principais em que é útil fazer a glicemia capilar e as metas terapêuticas a serem atingidas.

É importante destacar que as metas glicêmicas podem ser personalizadas para um paciente específico, de acordo com fatores como idade, expectativa de vida, duração do diabetes, comorbidades ou presença de hipoglicemia e, por isso, devem ser discutidas e pactuadas pela equipe de saúde e pelo paciente.

Tabela 2 - Horários para realização da glicemia capilar e metas terapêuticas

Glicemia Capilar	Meta Terapêutica
Glicemia capilar em jejum*	70-130 mg/dL
Glicemia capilar pré-prandial**	70-130 mg/dL
Glicemia capilar pós-prandial***	<180 mg/dL
Glicemia capilar na hora de dormir	70-130 mg/dL

Fonte: ADA, 2014.

* Jejum definido como 8 horas sem ingestão calórica; ** Pré-prandial definido como imediatamente antes de uma refeição; *** Pós-prandial definido como 1-2 horas após o horário do início de uma refeição.

Para pessoas que utilizam apenas hipoglicemiantes orais não há consenso sobre quantas vezes por dia, ou por semana, o teste de glicemia capilar deve ser feito. Em geral, deve-se fazer a glicemia capilar em jejum, que, com os resultados de A1c, costuma ser suficiente para ajustes no plano terapêutico. Se os resultados de glicemia em jejum estiverem dentro da meta e os resultados de A1c estiverem elevados, deve-se investigar a glicemia pré-prandial e pós-prandial por alguns dias ou semanas, a fim de obter um panorama mais completo do comportamento glicêmico. Nestes casos a interpretação dos resultados segue as metas propostas na Tabela 3.

Para pacientes que utilizam injeções de insulina diariamente, incluindo o uso de insulinas de ação intermediária ou longa (NPH, Glargina, Detemir), rápida ou ultrarrápida (regular, lispro, aspart, glulisina), é recomendado o uso de diário semanal de glicemia, particularmente quando o exame de A1c se encontra fora da meta, se há episódios recorrentes de hipoglicemia ou quando foram feitas mudanças da farmacoterapia antidiabética. Esse diário consiste no monitoramento intensivo por uma semana, cobrindo todos os horários do dia, permitindo conhecer o padrão do comportamento glicêmico. A Tabela 3 traz um exemplo de diário glicêmico preenchido.

Tabela 3 - Diário glicêmico de uma semana

Exemplo de Diário de Monitoramento Glicêmico (mg/dl)							
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Jejum	109	143	124	99	133	103	128
Após café		220	273	205	173		
Antes almoço		178	214	190	205		

continua

conclusão

Exemplo de Diário de Monitoramento Glicêmico (mg/dl)							
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Após almoço		265	250	199	248		
Antes jantar	125	101	138	129	112	141	109
Após jantar		241	293	281	232		
Hora de dormir		214	273	242	208		
Madrugada							

Fonte: Autores.

Para interpretação do diário glicêmico, o primeiro passo é calcular as médias da glicemia capilar nos diferentes horários do dia, usando os resultados disponíveis do monitoramento. No exemplo anterior, estes resultados são os seguintes:

- Jejum: 120 mg/dl
- Após café: 218 mg/dl
- Antes almoço: 197 mg/dl
- Após almoço: 241 mg/dL
- Antes jantar: 122 mg/dL
- Após jantar: 262 mg/dL
- Hora de dormir: 234 mg/dL
- Madrugada: não avaliado

A análise do diário glicêmico revela que a glicêmica deste paciente se encontra dentro da meta terapêutica apenas no horário do jejum e do pré-jantar, apresentando valores elevados durante todos os demais horários do dia. Imagine que se este paciente tivesse o hábito de avaliar a glicemia capilar apenas no jejum e antes do jantar, os resultados seriam sempre adequados (perceba a importância de conhecer a A1c com os resultados de glicemia). Este é um resultado que pode ser transmitido pelo farmacêutico à equipe de saúde e que, certamente, irá auxiliar na decisão sobre mudanças no tratamento com insulinas.

4.6 Estratificação do risco cardiovascular e definição de metas terapêuticas em pacientes com dislipidemia

CRITÉRIOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES COM ALTO RISCO DE EVENTOS CORONARIANOS (FASE 1).

- () Doença aterosclerótica arterial coronária, cerebrovascular ou obstrutiva periférica, com manifestações clínicas (eventos CV).
- () Aterosclerose na forma subclínica, significativa, documentada por metodologia diagnóstica.
- () Procedimentos de revascularização arterial.
- () Diabetes melito tipos 1 ou 2.
- () Doença renal crônica.
- () Hipercolesterolemia Familiar (HF).

ER GLOBAL – PONTOS MULHERES (Fase 2)											INTERPRETAÇÃO PONTOS MULHERES			
Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes	Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)	
-3				<120				<-1	<1	10	6,3			
-2		60+						-1	1	11	7,3			
-1		50-59			<120			0	1,2	12	8,6			
0	30-34	45-49	<160	120-129		Não	Não	1	1,5	13	10,0			
1		35-44	160-199	130-139				2	1,7	14	11,7			
2	35-39	<35		140-149	120-139			3	2,0	15	13,7			
3			200-239		130-139	Sim		4	2,4	16	15,9			
4	40-44		240-279	150-159			Sim	5	2,8	17	18,5			
5	45-49		280+	160+	140-149			6	3,3	18	21,6			

ER GLOBAL – PONTOS MULHERES (Fase 2)										INTERPRETAÇÃO PONTOS MULHERES		
Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes	Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)	
6					150-159			7	3,9	19	24,8	
7	50-54				160+			8	4,5	20	28,5	
8	55-59							9	5,3	21+	>30	
9	60-64											
10	65-69											
11	70-74											
12	75+											
Pontos								TOTAL:				
Interpretação do Risco (%) em 10 anos (Mulheres): RISCO BAIXO: <5% RISCO INTERMEDIÁRIO: 5 a 10% RISCO ALTO: >10 %												

ER GLOBAL – PONTOS HOMENS (Fase 2)											INTERPRETAÇÃO PONTOS HOMENS			
Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes	Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)	
-2		60+		<120				-3 ou -	<1	8	6,7			
-1		50-59						-2	1,1	9	7,9			
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	Não	Não	-1	1,4	10	9,4			
1		35-44	160-199	130-139				0	1,6	11	11,2			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-139			1	1,9	12	13,2			
3			240-279	160+	130-139		Sim	2	2,3	13	15,6			
4			280+		140-159	Sim		3	2,8	14	18,4			
5	40-44			160+				4	3,3	15	21,6			
6	45-49							5	3,9	16	25,3			

ER GLOBAL – PONTOS HOMENS (Fase 2)											INTERPRETAÇÃO PONTOS HOMENS			
Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes	Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)			
7								6	4,7	17	29,4			
8	50-54							7	5,6	18+	>30			
9														
10	55-59													
11	60-64													
12	65-69													
13														
14	70-74													
15+	75+													
Pontos								TOTAL:						
Interpretação do Risco (%) em 10 anos (Homens):											RISCO BAIXO: <5%			
											RISCO INTERMEDIÁRIO:			
											5 a 20%			
											RISCO ALTO: >20 %			

FATORES AGRAVANTES (FASE 3)

- () História familiar de doença arterial coronariana prematura (parente de primeiro grau masculino <55 anos ou feminino <65 anos).
- () Critérios de síndrome metabólica de acordo com a IDF.
- () Microalbuminúria (30-300 µg/min) ou macroalbuminúria (>300 µg/min).
- () Hipertrofia ventricular esquerda.
- () Proteína C reativa de alta sensibilidade >2 mg/l/26.
- () Espessura íntima-média de carótidas >1,00.
- () Escore de cálcio coronário >100 ou > percentil 75 para idade ou sexo²².
- () Índice tornozelo-braquial (ITB) <0,9.

METAS LIPÍDICAS DE ACORDO COM O RISCO CARDIOVASCULAR

Nível de Risco	Meta Primária: LDL-C (mg/dl)	Meta secundária (mg/dl)
Alto	LDL-C <70	Col não HDL <100
Intermediário	LDL-C <100	Col não HDL <130
Baixo*	Meta Individualizada	Meta individualizada

*Pacientes de baixo risco CV deverão receber orientação individualizada, com as metas estabelecidas pelos valores referenciais do perfil lipídico e foco no controle e na prevenção dos demais fatores de risco CV. **METAS GERAIS DO PERFIL LIPÍDICO: CT <200 TG <150 HDL >40 COL não HDL <130**

Fonte: Xavier et al., 2013.

4.6.1 Como estratificar o risco cardiovascular do paciente e definir metas terapêuticas para lipídeos

Estratificar o risco cardiovascular significa analisar a presença de fatores de risco que possam identificar pessoas em alto risco para ocorrência de eventos, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência vascular periférica ou insuficiência cardíaca em dez anos. Classificando o risco da população é possível definir metas terapêuticas mais adequadas e, assim, prevenir a ocorrência desses desfechos. Quando se analisa o perfil lipídico de uma pessoa, sem conhecer

sua estratificação, deve-se orientar pelos valores referenciais estabelecidos para a população maior de 20 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - Valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos

Lípides	Valores (mg/dl)	Categoria
CT	<200 200-239 >240	Desejável Limítrofe Alto
LDL-C*	<100 100-129 130-159 160-189 >190	Ótimo Desejável Limítrofe Alto Muito Alto
HDL-C	>60 <40	Desejável Baixo
TG	<150 150-200 200-499 >500	Desejável Limítrofe Alto Muito alto
Colesterol não HDL**	<130 130-159 160-189 >190	Ótimo Desejável Alto Muito alto
*LDL-C = CT – (HDL-C + TG/5); **Colesterol não HDL = CT – HDL-C (Utilizado quando TG>400, o que impossibilita calcular com segurança o LDL-C)		

Fonte: Xavier et al., 2013.

Desde 2013, a Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o uso do Escore do Risco Global (ER Global) associado à análise da presença de fatores agravantes como ferramenta para estimar o risco cardiovascular na população adulta

(XAVIER et al., 2013). O ER Global foi publicado originalmente em 2008, fruto do *Framingham Heart Study* (D'AGOSTINO et al., 2008). Este escore classifica as pessoas em risco baixo, intermediário ou alto, definindo metas lipídicas para cada subgrupo, conforme pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 - Metas lipídicas de acordo com o risco cardiovascular

Nível de Risco	Meta Primária: LDL-C (mg/dl)	Meta secundária (mg/dl)
Alto	LDL-C <70	Col não HDL <100
Intermediário	LDL-C <100	Col não HDL <130
Baixo*	Meta individualizada	Meta individualizada

*Pacientes de baixo risco CV deverão receber orientação individualizada, com as metas estabelecidas pelos valores referenciais do perfil lipídico e foco no controle e na prevenção dos demais fatores de risco CV.

Fonte: D'Agostino et al., 2008.

Para que se possa interpretar corretamente um resultado laboratorial de perfil lipídico é necessário conhecer o ER Global do paciente, a fim de definir as metas adequadas de LDL-C ou Colesterol não HDL e, assim, interpretar, por exemplo, a efetividade de um tratamento farmacológico com estatinas.

Para estratificar o Risco Global de um paciente deve-se seguir três etapas:

1. A determinação da presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes.
2. A utilização dos escores de predição do risco.

3. A reclassificação do risco predito pela presença de fatores agravantes do risco.

Fase 1 – Presença de doença aterosclerótica significativa ou de seus equivalentes

Primeiro, verifique a presença de manifestações clínicas da doença aterosclerótica ou de seus equivalentes, listadas no Quadro 33, o paciente que se enquadrar em uma dessas categorias não requer outras etapas para estratificação de risco, sendo considerado automaticamente de ALTO RISCO.

Quadro 33 - Critérios de identificação de pacientes com alto risco de eventos coronarianos (Fase 1)

Doença aterosclerótica arterial coronária, cerebrovascular ou obstrutiva periférica, com manifestações clínicas (eventos CV).

Aterosclerose na forma subclínica, significativa, documentada por metodologia diagnóstica.

Procedimentos de revascularização arterial.

Diabetes melito tipos 1 ou 2.

Doença renal crônica.

Hipercolesterolemia Familiar (HF).

Fonte: Xavier et al. 2013.

Fase 2 – Escore de risco

O ER Global deve ser utilizado na avaliação inicial entre as pessoas que não foram enquadradas nas condições de alto risco apresentadas na Fase 1. O escore consiste em uma análise da presença/ausência de fatores de risco e de uma pontuação que é atribuída a cada fator presente. Somam-se os pontos e há uma tabela que converte pontos em % de risco global. O sistema de pontuação é diferente para homens e mulheres.

A Tabela 6 mostra a atribuição de pontos e o risco cardiovascular global em dez anos para mulheres (XAVIER et al., 2013).

Tabela 6 – Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global para mulheres

Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-139		
3			200-239		130-139	Sim	
4	40-44		240-279	150-159			Sim
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						

continua

conclusão

Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						
Pontos							Total
Risco cardiovascular global em 10 anos: para mulheres							
Pontos	Risco (%)			Pontos	Risco (%)		
<-1	<1			10	6,3		
-1	1			11	7,3		
0	1,2			12	8,6		
1	1,5			13	10,0		
2	1,7			14	11,7		
3	2,0			15	13,7		
4	2,4			16	15,9		
5	2,8			17	18,5		
6	3,3			18	21,6		
7	3,9			19	24,8		
8	4,5			20	28,5		
9	5,3			21+	>30		
Interpretação do Risco (%) em 10 anos (Mulheres)				RISCO BAIXO: <5% RISCO INTERMEDIÁRIO: 5 a 10% RISCO ALTO:>10 %			

Fonte: Xavier et al., 2013.

A Tabela 7 mostra a atribuição de pontos e o risco cardiovascular global em dez anos para homens (XAVIER et al., 2013).

Tabela 7 – Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global para homens

Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-139		
3			240-279	160+	130-139		Sim
4			280+		140-159	Sim	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15+	75+						
Pontos							Total

continua

conclusão

Risco cardiovascular global em 10 anos: para homens			
Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
-3 ou menos	<1	8	6,7
-2	1,1	9	7,9
-1	1,4	10	9,4
0	1,6	11	11,2
1	1,9	12	13,2
2	2,3	13	15,6
3	2,8	14	18,4
4	3,3	15	21,6
5	3,9	16	25,3
6	4,7	17	29,4
7	5,6	18+	>30
Interpretação do Risco (%) em 10 anos (Homens)		RISCO BAIXO: < 5% RISCO INTERMEDIÁRIO: 5 a 20% RISCO ALTO: >20 %	

Fonte: Xavier et al, 2013.

Fase 3 – Fatores agravantes

Apenas para aquelas pessoas que foram classificadas como RISCO INTERMEDIÁRIO que se devem utilizar os fatores agravantes. Quando presentes, estes fatores reclassificam a pessoa para a condição de ALTO RISCO, modificando as metas terapêuticas (Quadro 34).

Quadro 34 - Fatores agravantes de risco

- História familiar de doença arterial coronariana prematura (parente de primeiro grau masculino <55 anos ou feminino <65 anos) (recomendação IIa, evidência A).
- Critérios de síndrome metabólica de acordo com a IDF (recomendação IIb, evidência A).
- Microalbuminúria (30-300 µg/min) ou macroalbuminúria (> 300 µg/min) (recomendação IIb, evidência B).
- Hipertrofia ventricular esquerda (recomendação IIa, evidência B).
- Proteína C reativa de alta sensibilidade >2 mg//126 (recomendação IIa, evidência B).
- Espessura íntima-média de carótidas >1,00 (recomendação IIb, evidência B).
- Escore de cálcio coronário >100 ou > percentil 75 para idade ou sexo 22 (recomendação IIa, evidência A).
- Índice tornozelo-braquial (ITB) <0,9 (recomendação IIa, evidência A).

Fonte: Xavier et al., 2013.

A Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose 2013 recomenda, ainda, a aplicação da estimativa de risco pelo tempo de vida, que permite estratificar de forma mais abrangente a carga de doença cardiovascular na população geral, no momento e no futuro, pois leva em conta o risco de doença cardiovascular enquanto o indivíduo envelhece. Detalhes sobre este Escore podem ser lidos na Diretriz (XAVIER et al., 2013), disponível também no *site* <<http://www.cardiol.br>>.

Existem ferramentas *on-line* que permitem calcular o ER Global de forma simples e rápida. Recomendamos aquela desenvolvida pelo Médico de Família, Dr. Daniel Pinto, de Portugal, disponível no *site* <http://danielpinto.net/ferramentas/risco_cv/>.

Para o cuidado farmacêutico dos pacientes em uso de estatinas, e outros medicamentos hipolipemiantes, é necessário efetuar a estratificação do risco do paciente, utilizando o ER Global, e registrar na lista de problemas de saúde do paciente. Somente dessa forma é possível conhecer a meta lipídica adequada e avaliar o estado clínico atual do problema do paciente. Veja um exemplo a seguir de como efetuar este registro em um caso de paciente do sexo masculino (Quadro 35):

Quadro 35 - Exemplo de preenchimento de um caso de hiperlipidemia

Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados).	Estado Clínico Atual *
1. Hiperlipidemia	Perfil lipídico mais atual (dois meses atrás): CT 225, TG 145, HDL-C 42, LDL-C 154. ER Global 13 pontos – 15,6% (Intermediário). Sem fatores agravantes.	NCO

Legenda: NCO = Não controlado; HDA = História de Doença Atual; CT = Colesterol Total; TG = Triglicerídeos; ER Global = Escore de Risco Global.

Fonte: Autores.

Neste caso, por se tratar de um paciente de risco intermediário (ER Global 15,6%), a meta lipídica inclui um LDL-C < 100 mg/dl e os demais parâmetros do perfil: CT < 200, TG < 150, HDL-C > 40 mg/dl. Por isso o estado clínico foi classificado como não controlado. Este paciente irá requerer revisão do plano terapêutico pela equipe, incluindo possível aumento da medicação hipolipemiante.

4.7 Instrumento para avaliação da depressão: PHQ 9

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO(A) PACIENTE (PHQ-9)				
NOME:				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas a seguir?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentir-se “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Sentir-se cansado(a) ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3

continua

conclusão

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas a seguir?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____				
= Total Escore: _____				
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que eles lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				
<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade	<input type="checkbox"/> Alguma dificuldade	<input type="checkbox"/> Muita dificuldade	<input type="checkbox"/> Extrema dificuldade	

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas, com um subsídio educacional da Pfizer Inc.

4.7.1 Como aplicar e interpretar o PHQ-9 em paciente em uso de antidepressivos

O PHQ (*Patient Health Questionnaire*) é um instrumento contendo nove questões que pode ser aplicado ao paciente para rastreamento de sintomas de depressão, diagnóstico e para avaliar a gravidade da depressão em pacientes já diagnosticados e tratados. Por ser curto e de fácil aplicação é uma ferramenta importante para a equipe de saúde no acompanhamento do paciente.

O instrumento original foi desenvolvido em 1999 por Spitzer, Kroenke e Williams. A tradução do PHQ-9 para o português foi realizada por psiquiatras brasileiros (DE LIMA et al., 2009). Esta versão está disponível *on-line* (<http://www.phqscreeners.com>). Na Figura 22 são apresentadas as perguntas do instrumento e a escala de frequência dos sintomas, conforme utilizado no estudo de Santos et al. (2013).

Figura 22 - Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9)

Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas a seguir?	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentir-se “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Sentir-se cansado(a) ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3

continua

conclusão

Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas a seguir?	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3
SOMA DO ESCORE	0	+ _____	+ _____	+ _____

Fonte: De Lima et al., 2009.

O PHQ-9 pode ser tanto autoaplicado quanto aplicado por entrevistadores treinados. O escore do instrumento é calculado somando-se os números correspondentes às respostas do paciente, podendo variar de 0 a 27 pontos. O instrumento pode ser aplicado na primeira consulta com os pacientes de antidepressivos e a intervalos regulares, nas consultas de retorno. Os resultados devem ser incluídos no prontuário do paciente e compartilhados com a equipe, de modo a poder guiar metas de tratamento, determinar o grau de resposta ao tratamento e de conduzir mudanças nos medicamentos.

Para interpretar o escore do PHQ-9, considere a Tabela a seguir.

Tabela 8 - Interpretação do Escore Total do PHQ-9

Escore Total	Gravidade da Depressão
1-4	Depressão Mínima
5-9	Depressão Leve
10-14	Depressão Moderada
15-19	Depressão Moderadamente Grave
20-27	Depressão Grave

Fonte: De Lima et al., 2009.

Como meta geral do tratamento da depressão na Atenção Primária à Saúde, utilizando o escore do PHQ-9 como indicador, é desejável alcançar um PHQ-9 <5 pontos no período de seis meses de tratamento ou uma redução de 50% do escore inicial, prévio ao início do tratamento (MOYSÉS et al., 2012).

Um uso particularmente importante do PHQ-9 é monitorar mudanças na gravidade da depressão ao longo do tempo, avaliando a resposta ao tratamento. O Quadro 36 a seguir mostra como diferentes gravidades da doença podem guiar a conduta terapêutica.

Quadro 36 - Escores PHQ-9 e condutas propostas

Escore PHQ-9	Gravidade da Depressão	Condutas Propostas
0-4	Nenhuma – Mínima	Nenhuma
5-9	Leve	Espera vigilante. Repetir PHQ-9 no retorno.
10-14	Moderada	Plano de tratamento, incluindo aconselhamento, acompanhamento e/ou farmacoterapia
15-19	Moderadamente Grave	Tratamento ativo com farmacoterapia e/ou psicoterapia
20-27	Grave	Início imediato de farmacoterapia e, se houver piora grave ou falha do tratamento, encaminhar para especialista para psicoterapia e gerenciamento em equipe

Fonte: Moysés et al., 2012.

É fundamental também conhecer as Diretrizes Brasileiras mais atuais para o tratamento da depressão (FLECK et al., 2009). O modelo predominante na literatura para o planejamento do tratamento antidepressivo envolve a fase aguda, de continuação e de manutenção (Figura 23):

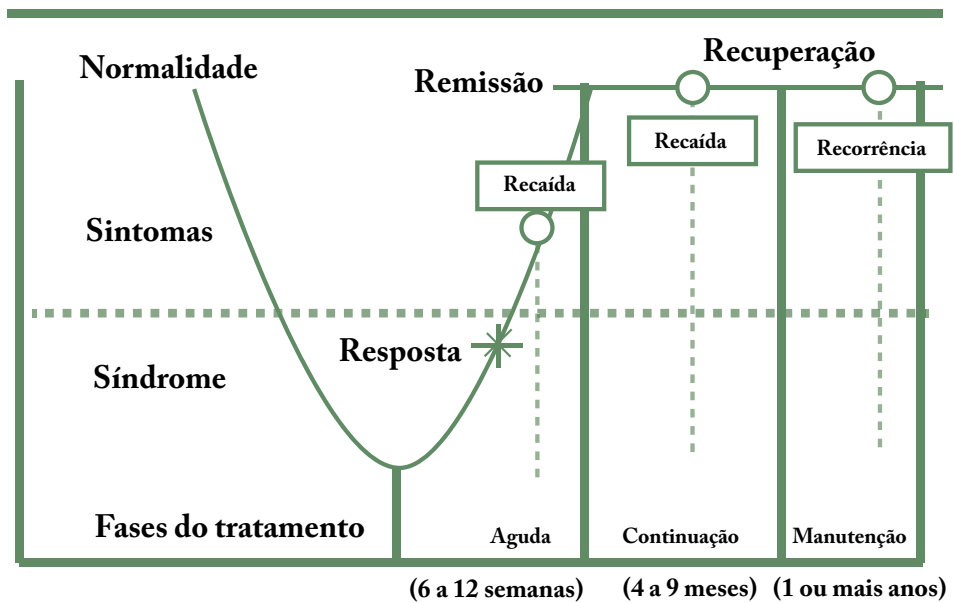
1) Fase aguda. A fase aguda inclui dois a três primeiros meses e tem como objetivo a diminuição dos sintomas depressivos (resposta) ou idealmente ao esbatimento completo com o retorno do nível de funcionamento pré-mórbido (remissão).

2) Fase de continuação. Corresponde aos quatro a seis meses que seguem ao tratamento agudo e tem como objetivo manter a melhoria obtida, evitando as recaídas dentro de um mesmo episódio depressivo. Ao final da fase de continuação,

o paciente que permanece com a melhora inicial é considerado recuperado do episódio índex.

3) Fase de manutenção. O objetivo da fase de manutenção é o de evitar que novos episódios ocorram (recorrência). A fase de manutenção, portanto, é recomendada naqueles pacientes com probabilidade de recorrência.

Figura 23 – Fases do tratamento do episódio depressivo



Fonte: Fleck et al., 2009.

4.8 Instrumento para avaliar as habilidades do farmacêutico para realização de consulta com o paciente

Considere que as atividades seguintes foram desenvolvidas durante a consulta com o paciente e marque a avaliação correspondente:

1=Não realizado; 2=Superficialmente; 3=Adequado;
4=Muito bom; NA=Não aplicável

A. INTRODUÇÃO	1	2	3	4	NA
A1. Cumprimenta e acolhe o paciente / Apresenta-se ao paciente.					
A2. Apresenta o propósito e a estrutura da consulta (por ex.: compartilha com o paciente o que está planejado para acontecer na consulta).					
A3. Solicita ao paciente que coloque suas questões relacionadas aos medicamentos e à saúde (permitindo que o paciente coloque suas necessidades ou expectativas em relação à consulta).					
A4. Negocia com o paciente um planejamento compartilhado para a consulta (priorizando questões a serem discutidas considerando os objetivos do farmacêutico e as necessidades do paciente).					
A5. Presta atenção às questões de conforto e privacidade do paciente.					

	0	1	2	3	4
Classificação Geral	Não foi hábil em construir uma relação terapêutica com o paciente		Parcialmente hábil em construir uma relação terapêutica com o paciente		Totalmente hábil em construir uma relação terapêutica com o paciente

1=Não realizado; 2=Superficialmente; 3=Adequado;
4=Muito bom; NA=Não aplicável

B. COLETA DE DADOS E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS	1	2	3	4	NA
<p>B1. Investiga o estado clínico de cada problema de saúde do paciente, por meio da análise dos sinais e dos sintomas relatados pelo paciente e resultados de exames físico, laboratoriais e de imagem.</p> <p>B2. Avalia as novas queixas do paciente, por meio da História da Doença Atual (HDA) de cada queixa (tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados).</p> <p>B3. Pergunta como o paciente monitora a doença (ex.: glicemia capilar, medida da PA, sintomatologia etc.).</p> <p>B4. Realiza uma avaliação física apropriada (quando indicado).</p> <p>B5. Registrar o estado clínico atual de cada problema de saúde e queixa.</p> <p>B6. Avaliar a percepção geral de saúde e a qualidade de vida do paciente, por meio de Escala Visual Analógica (EVA).</p> <p>B7. Avalia o entendimento (leigo) do paciente sobre sua enfermidade.</p> <p>B8. Levanta a história social do paciente (álcool, tabagismo, exercícios físicos e hábitos alimentares, impacto da medicação no estilo de vida).</p>					

B. COLETA DE DADOS E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS	1	2	3	4	NA
<p>B9. Documenta a farmacoterapia atual do paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Medicamentos prescritos – princípio ativo, concentração, posologia prescrita, origem da prescrição, posologia utilizada e tempo de uso. – Medicamentos utilizados por automedicação – princípio ativo, concentração, posologia utilizada e tempo de uso. – Terapias alternativas e complementares (ex.: homeopatia, plantas medicinais, acupuntura, etc.) – Qual? Para quê? Qual a frequência de utilização? Qual o modo de preparo/utilização? – Alergias conhecidas a medicamentos. – Incômodos devido ao uso dos medicamentos. – Rastreamento de reações adversas a medicamentos (se positivo para um ou mais sinais e/ou sintomas, descreve o HDA e registra o medicamento suspeito de estar envolvido). – Dificuldades no uso dos medicamentos. 					

B. COLETA DE DADOS E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS	1	2	3	4	NA
<p>B10. Avalia a capacidade de gestão de medicamentos (autonomia, conhecimento e habilidade), com quem o paciente mora, se o paciente possui cuidador (se sim, anotar nome, parentesco e telefone do cuidador), se o paciente sabe ler e se possui alguma limitação.</p> <p>B11. Avalia a adesão ao tratamento do paciente (atitudes, comportamentos, crenças, necessidades e preocupações do paciente diante do tratamento).</p> <p>B12. Avalia o acesso do paciente aos medicamentos.</p> <p>B13. Avalia o entendimento do paciente sobre o propósito do tratamento prescrito (ex.: o paciente sabe por que o tratamento foi prescrito e os benefícios esperados).</p> <p>B14. Avalia as condições de armazenamento de medicamentos.</p> <p>B15. Avalia o acesso ao serviço farmacêutico clínico e a outros serviços de saúde.</p> <p>B16. Confirma endereço, telefone e data de nascimento do paciente.</p> <p>B17. Coleta peso, altura, escolaridade, ocupação e renda mensal.</p> <p>B18. Pergunta se o paciente tem alguma dúvida / quais informações o paciente gostaria de receber, antes de discutir os problemas da farmacoterapia e as soluções para as necessidades do paciente.</p> <p>B19. Identifica e prioriza os problemas relacionados à farmacoterapia do paciente (criando uma lista de problemas).</p> <p>B20. Renegocia com o paciente um planejamento para a consulta (se necessário) (priorizando as questões a serem discutidas, conforme objetivos do paciente e necessidades do paciente).</p>					

C. INTERVENÇÕES E PLANO DE CUIDADO	1	2	3	4	NA
<p>C6. Fornece orientações sobre cada condição de saúde e suas consequências, monitorização e manejo, se necessário.</p> <p>C7. Discute as questões de estilo de vida e de estratégias de prevenção (questões de promoção de saúde).</p> <p>C8. Fornece materiais de suporte à orientação, se necessário (ex.: lista ou calendário posológico de medicamentos, rótulos ou instruções pictóricas, informe terapêutico ou carta a outros profissionais de saúde, material educativo impresso, informação científica impressa, diário para automonitoramento, dispositivo para automonitoramento, organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento).</p> <p>C9. Verifica o entendimento do paciente (ex.: pede ao paciente que repita as informações).</p> <p>C10. Avalia se o paciente deseja informações ou explicações adicionais.</p> <p>C11. Encaminha de forma apropriada o paciente a outro profissional de saúde, quando necessário, reconhecendo seus próprios limites e limitações profissionais.</p>					

	0	1	2	3	4
Classificação Geral	Não foi hábil em identificar as necessidades farmacoterapêuticas do paciente		Parcialmente hábil em identificar as necessidades farmacoterapêuticas do paciente		Totalmente hábil em identificar as necessidades farmacoterapêuticas do paciente

1=Não realizado; 2=Superficialmente; 3=Adequado;

4=Muito bom; NA=Não aplicável

C. INTERVENÇÕES E PLANO DE CUIDADO		1	2	3	4	NA
<p>C1. Elabora o plano de cuidado e manejo para resolução dos problemas da farmacoterapia identificados com o paciente. Discuti opções, objetivos, metas do tratamento.</p> <p>C2. Sugere a(s) intervenção(ões) para a resolução dos problemas da farmacoterapia detectados, envolvendo o paciente na tomada de decisão.</p> <p>C3. Verifica a habilidade do paciente em seguir o plano, permitindo que o paciente antecipe qualquer problema em seguir o plano, por exemplo em termos de motivação, recursos, tempo ou habilidades físicas e cognitivas.</p> <p>C4. Fornece orientações sobre o propósito de cada medicamento, sobre o acesso aos medicamentos e sobre como e quando utilizar cada medicamento, pactuando o acompanhamento, se necessário.</p> <p>C5. Relaciona a informação às crenças do paciente sobre suas enfermidades e tratamento (corrige falhas de informação, propaga os benefícios e ameniza preocupações / riscos do tratamento).</p>						
Classificação Geral	<p>0 Não foi hábil em estabelecer um plano de cuidado com o paciente</p>	1	<p>2 Parcialmente hábil em estabelecer um plano de cuidado com o paciente</p>	3	<p>4 Totalmente hábil em estabelecer um plano de cuidado com o paciente</p>	

1=Não realizado; 2=Superficialmente; 3=Adequado;
4=Muito bom; NA=Não aplicável

D. FECHAMENTO DA CONSULTA	1	2	3	4	NA
D1. Oferece oportunidade ao paciente para fazer perguntas adicionais em relação às questões discutidas durante a consulta.					
D2. Explica ao paciente o que fazer caso tenha dificuldades em seguir o plano e com quem pode entrar em contato.					
D3. Marca uma próxima consulta ou combina outras formas de contato.					

Classificação Geral	0	1	2	3	4
	Não foi hábil em negociar estratégias para uma “rede de segurança” com o paciente		Parcialmente hábil em negociar estratégias para uma “rede de segurança” com o paciente		Totalmente hábil em negociar estratégias para uma “rede de segurança” com o paciente

Nota: “rede de segurança” diz respeito à discussão de possíveis resultados não esperados e o que fazer caso as ações pactuadas no plano de cuidado não possam ser implementadas conforme combinado.

1=Não realizado; 2=Superficialmente; 3=Adequado;
4=Muito bom; NA=Não aplicável

E. COMPORTAMENTOS NA CONSULTA	1	2	3	4	NA
<p>E1. Ouve ativamente e permite que o paciente complete suas falas sem interrupção (ex.: contato visual, confirmação verbal, <i>feedback</i> não verbal).</p>					
<p>E2. Faz perguntas relevantes.</p>					
<p>E3. Usa perguntas abertas e fechadas de forma apropriada.</p>					
<p>E4. Evita ou explica os jargões.</p>					
<p>E5. Aceita o paciente (ex.: respeita o paciente, de forma não julgadora ou paternalista).</p>					
<p>E6. Demonstra empatia pelo paciente e apoio a ela (ex.: expressa preocupação, compreensão, disposição para ajudar, reconhecimento do esforço).</p>					
<p>E7. Lida com sensibilidade tópicos que são constrangedores ou perturbadores.</p>					
<p>E8. Compartilha seu pensamento com o paciente de forma sincera (quando apropriado) a fim de encorajá-lo a se envolver no tratamento (se assim ele desejar).</p>					
<p>E9. Usa informações de exames a fim de informar a tomada de decisão e explicar as opções de tratamento.</p>					
<p>E10. Usa informações baseadas em evidências para informar a tomada de decisão e explicar as opções de tratamento.</p>					
<p>E11. Adota uma abordagem lógica e estruturada para a consulta.</p>					
<p>E12. Mantém a entrevista clínica “no trilho” e retoma seu “controle” quando necessário.</p>					
<p>E13. Gerencia o tempo de forma efetiva (trabalha bem dentro do tempo disponível).</p>					
<p>E14. Fornece / Produz documentação lógica e correta.</p>					

IMPRESSÃO GERAL FINAL:

Habilidade geral na consulta com este paciente	POBRE []	LIMÍTROFE []	SATISFATÓRIA []	BOA []	MUITA BOA []
---	--------------	------------------	---------------------	------------	------------------

Observações sobre pontos fortes e fracos:

4.9 Casos clínicos para realização de atividade de simulação de atendimento – primeiro encontro de capacitação

CASO CLÍNICO 1

Você tem 69 anos, é aposentado(a) (renda mensal: 1 salário mínimo), tem dificuldade para ler e escrever (estudou até a terceira série do fundamental). Mora sozinho(a) e não possui cuidador. É divorciado(a) e tem 2 filhos que já são casados e vivem em outros bairros.

História clínica:

Infarto do coração (há 6 meses), **depressão** (há 1 ano), **dislipidemia** (há 5 anos), **dores musculares** (há 1 mês) e **tontura** pela manhã (há 6 meses).

É tabagista (fuma há 7 anos, 1 maço por dia). Faz uso de bebidas alcoólicas (há 20 anos, 1 garrafa de vinho por semana e 5 latas de cerveja em média por semana). Não pratica exercícios físicos. Hábitos alimentares sem restrição.

Queixas:

Dores musculares, com início há 1 mês, de intensidade moderada a grave, que dificultam a realização das atividades diárias. Ocorrem diariamente no período noturno, geralmente estão associadas a câimbras e fraqueza e não melhoram ao repouso. Nega outros sintomas.

continua

conclusão

CASO CLÍNICO 1

Tontura no final da manhã, com início há 6 meses, de intensidade leve. Ocorre diariamente e piora após o uso dos medicamentos. Melhora à noite. Nega outros sintomas.

Parâmetros (Informe apenas se o farmacêutico perguntar)

Peso: 60,2 kg; Altura: 1,70 m

PHQ-9 inicial = 16 (o médico avaliou na consulta 1 ano atrás)

PA no momento da consulta = 105/60, 100/60, 110/65

Perfil lipídico (3 meses atrás) = CT: 190 mg/dL, HDL: 38 mg/dL, TG: 162 mg/dL, LDL: calcular

Percepção geral de saúde: De 0 a 10, você se dá 6 (por se sentir tão doente, com tantas dores e tontura)

Farmacoterapia atual:

AAS 100 mg/dia, 1 cp. após o almoço (há 6 meses) – Utiliza 1 cp. pela manhã

Atorvastatina 20 mg/dia, 1 cp. à noite (há 6 meses) – Utiliza 1 cp. pela manhã

Amitriptilina 25 mg 2x/dia, 1 cp. pela manhã e 1 cp. à noite (há 1 ano) – Utiliza 1 cp. pela manhã

Enalapril 10 mg 2x/dia, 2 cp. pela manhã e 2 cp. à noite (há 6 meses) – Utiliza 4 cp. pela manhã

Ibuprofeno 200 mg 3x/dia, SN (há 1 mês) – Utilizada 1 cp. quando sente dor

Acesso a medicamentos:

Adquiri a maior parte dos medicamentos na UBS, menos a atorvastatina.

Compra a atorvastatina em uma farmácia privada, mas gostaria de saber se há possibilidade de conseguir de outra forma, pois a compra deste medicamento tem impacto sobre a sua renda.

Quando não faltam medicamentos na UBS, gasta em média R\$ 40,00 por mês com a compra de medicamentos em farmácia e drogaria.

Não deixa de adquirir os medicamentos.

Adesão ao tratamento:

Às vezes não utiliza o AAS e a amitriptilina. Esta semana deixou de tomar 2-3 doses

Não sabe para quê utiliza o AAS e o enalapril

Medicamentos que incomodam: amitriptilina (boca seca)

Não necessita de assistência para utilizar os medicamentos

Taxa de retirada: AAS (90%), amitriptilina (60%), enalapril (120%)

CASO CLÍNICO 2

Você tem 55 anos, é vendedor(a) (renda mensal: 2 salários mínimos), com baixa escolaridade (ensino médio incompleto). Mora com o cônjuge e uma filha de 28 anos. A filha o(a) auxilia com o uso dos medicamentos.

História clínica:

Diabetes tipo 2 (há 6 anos), **obesidade**, **hiperlipidemia** (há 2 anos) e **diarreia** (há 3 meses).

É tabagista (fuma há 20 anos, 10 cigarros por dia). Não faz uso de bebidas alcoólicas. Não pratica exercícios físicos. Hábitos alimentares com pouca restrição de carboidratos.

Queixas:

Diarreia com início há três meses. Frequência de evacuação: 3 vezes por dia. Fezes líquidas. Já ocorreu de ter náuseas. Melhora após o uso da Loperamida, mas retorna após suspensão do medicamento. Nega outros sintomas.

Parâmetros:

Peso: 115 kg; Altura: 1,78 m

A1C (2 meses atrás) = 8,9%; Glicemia capilar causal: 172 mg/dl

Perfil lipídico (1 mês atrás) = CT: 200 mg/dL, HDL: 50 mg/dL, TG: 450 mg/dL, Não HDL: calcular

Percepção geral de saúde: De 0 a 10, você se dá 5 (por ter de utilizar tantos medicamentos)

Farmacoterapia atual:

Glibenclamida 5 mg/dia, 1 cp. após o almoço (há 3 anos) – Utiliza 1 cp. após o almoço

Metformina 850 mg/dia, 1 cp. após o almoço (há 3 anos) – Utiliza 1 cp. após o almoço

Omeprazol 20 mg/dia, 1 cp. em jejum (há 2 anos) – Utiliza 1 cp. imediatamente antes do café da manhã

Sinvastatina 20 mg/dia, 1 cp. à noite (há 2 anos) – Utiliza 1 cp. à noite

Loperamida 2 mg, 2x/dia SN (há 3 meses – automedicação) – Já utilizou uns 10 comprimidos.

Acesso a medicamentos:

Adquirir a maior parte dos medicamentos na UBS. Conseguiu a Loperamida com uma tia, que tinha em casa. Tentou comprar na farmácia, mas precisa de receita. Não gasta com medicamentos, pega tudo na UBS.

Não deixa de buscar os medicamentos.

continua

conclusão

CASO CLÍNICO 2

Adesão ao tratamento:

Às vezes esquece de tomar os medicamentos. Esta semana esqueceu de tomar dois dias a Gliben e Metf.

Medicamentos que incomodam: metformina (gosto ruim e grande tamanho do comprimido)

Não sabe para quê o médico prescreveu omeprazol (sem histórico de gastrite, úlcera ou DRGE)

Necessita de lembretes ou de assistência para utilizar os medicamentos

Taxa de retirada de todos os medicamentos: 100%

CASO CLÍNICO 3

Você tem 65 anos, é aposentada(a) (renda mensal: 4 salários mínimos), alta escolaridade (ensino superior completo), comunicativa (fala muito e faz muitas perguntas). Mora com dois filhos e o cônjuge.

História clínica:

Hipertensão (há 7 anos), **hipotireoidismo** (há 10 anos), **osteoartrite** (há 4 anos), **constipação** (há 1 mês) e **dor de estômago** (há 1 ano).

Não faz uso de tabaco. Faz uso de bebidas alcoólicas (há 30 anos, 3 doses de whisky por semana). Pratica exercícios físicos (caminhada 3 vezes por semana, por 40 minutos). Hábitos alimentares com diminuição dosal de cozinha.

Queixas:

Constipação há 1 mês. Frequência de evacuação: duas vezes por semana. Não sente dor. Sente-se inchado. Consome fibras e ingere bastante líquido, mas não resolve. Ainda não utilizou medicamentos para constipação. Nega outros sintomas.

Dor de estômago eventual. Início há 1 ano, de intensidade leve, que piora quando toma os comprimidos. Às vezes associada à azia. Por isso toma todos os comprimidos de barriga cheia. Nega outros sintomas.

Parâmetros:

Peso: 64,1 kg; Altura: 1,66 m

PA consultório = 150/90, 145/95, 160/100 mmHg

Não possui resultado de TSH. Não lembra de ter feito nunca este exame

Perfil lipídico (pedido pelo médico da UBS há 3 meses): CT 260, HDL 40, TG 220

Percepção geral de saúde: De 0 a 10, você se dá 7 (principalmente por causa da dor de estômago)

continua

conclusão

CASO CLÍNICO 3

Farmacoterapia atual:

Paracetamol 500 mg 8/8 horas, SN (prescrito há 4 anos) – Utilizada 1 cp. até 3x dia quando sente dor

Diclofenaco de sódio 50 mg 8/8 horas, SN (há 1 ano – automedicação) – Utilizada 1 cp. quando sente dor

Anlodipino 5 mg/dia, 1 cp. pela manhã (há 3 anos) – Utiliza 1 cp. pela manhã

Hidroclorotiazida 25 mg/dia, 1 cp. pela manhã (há 5 anos) – Utiliza 1 cp. pela manhã

Enalapril 10 mg/dia, 1 cp. pela manhã (há 7 anos) – Utiliza 1 cp. pela manhã

Acesso a medicamentos:

Adquire a maior parte dos medicamentos na UBS.

Compra a diclofenaco de sódio em uma farmácia privada. Quando não faltam medicamentos na UBS, gasta em média R\$ 13,00 por mês com a compra de medicamentos.

Não deixa de buscar os medicamentos.

Adesão ao tratamento:

Não esquece de usar os medicamentos. Relata que esta semana tomou todos as doses.

Medicamentos que incomodam: diclofenaco de sódio (dor de estômago depois que toma)

Toma medicamentos sem assistência

Taxa de retirada de todos os medicamentos: 100%

4.10 Exercícios de fixação – primeiro encontro de capacitação

1. Imagine que você está realizando uma consulta farmacêutica. Descreva resumidamente o que você irá fazer em cada parte do roteiro da consulta farmacêutica, estabelecendo conexões com as etapas correspondentes do método clínico de cuidado farmacêutico (marque um X nas etapas do método clínico, correspondentes).

Roteiro da Consulta Farmacêutica	Em que etapa do método clínico eu estou?
Introdução:	<input type="checkbox"/> Coleta de dados <input type="checkbox"/> Identificação de Problemas <input type="checkbox"/> Plano de Cuidado <input type="checkbox"/> Seguimento individual
Coleta de Dados e Identificação de Problemas:	<input type="checkbox"/> Coleta de dados <input type="checkbox"/> Identificação de Problemas <input type="checkbox"/> Plano de Cuidado <input type="checkbox"/> Seguimento individual
Ações/ Soluções:	<input type="checkbox"/> Coleta de dados <input type="checkbox"/> Identificação de Problemas <input type="checkbox"/> Plano de Cuidado <input type="checkbox"/> Seguimento individual
Fechamento da Consulta:	<input type="checkbox"/> Coleta de dados <input type="checkbox"/> Identificação de Problemas <input type="checkbox"/> Plano de Cuidado <input type="checkbox"/> Seguimento individual

2. Avalie cada uma das situações a seguir e marque um X referente à sua interpretação da autonomia na gestão dos medicamentos correspondente:

A. Mulher de 80 anos, viúva, com limitação visual importante e baixa escolaridade, cuja cuidadora é a filha mais velha, que vive com ela e cuida dos horários de tomada dos medicamentos.

- Toma medicamentos sem assistência
- Necessita de lembretes ou de assistência
- Incapaz de tomar sozinho

B. Homem de 70 anos, viúvo, vive sozinho, contador aposentado, que toma seis comprimidos por dia, em três horários diferentes, e organiza seus medicamentos em porta-comprimidos semanal.

- Toma medicamentos sem assistência
- Necessita de lembretes ou de assistência
- Incapaz de tomar sozinho

C. Homem de 65 anos, casado, cujos filhos já saíram de casa e que vive com a esposa. Ele toma dez comprimidos ao dia, que estão guardados no criado-mudo do quarto do casal, e utiliza insulina. Quem aplica a insulina é sua esposa e ele admite que quando esquece de tomar algum comprimido recebe cobranças de sua mulher a respeito.

- Toma medicamentos sem assistência
- Necessita de lembretes ou de assistência
- Incapaz de tomar sozinho

3. Calcule a unidade anos/maço para as situações a seguir, referentes ao tempo de tabagismo e ao consumo diário de cigarros.

Caso	Anos/Maço
Tabagista há 12 anos, fuma 15 cigarros por dia	
Tabagista há 5 anos, 1 maço dura 1 semana	
Tabagista há 2 anos, fumando 12 cigarros por dia, possui uma história pregressa de 8 anos fumando 2 maços de cigarro por dia. Parou por 1 ano e agora sofreu uma recaída.	

4. Registre a seguir sua própria história social, sendo honesto e fiel ao preenchimento de todos os campos.

HISTÓRIA SOCIAL						
Bebidas alcoólicas: [] Não [] Sim. Qual(is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____						
Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): [] Não [] Fumava, mas parou há _____ [] Sim Qual(is)? _____ Quantidade / dia _____ Anos de uso _____ Anos / maço: _____						
Exercício físico: [] Não [] Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Frequência: _____ Sente alguma coisa? _____						
	Acorda	Café	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir
Sua Rotina =>						
Hábitos Alimentares:						

5. Calcule a taxa de retirada de medicamentos para as situações a seguir e identifique o padrão de adesão ao medicamento correspondente:

A	Paciente com prescrição de Enalapril 10 mg 2x dia, 360 comprimidos, com 70 dias de tratamento completos na data de hoje e 240 comprimidos penderes	
	% retirada:	Adesão:

B	Paciente com prescrição de Sinvastatina 20 mg 1x dia, 180 comprimidos, com 100 dias de tratamento completos na data de hoje e 120 comprimidos penderes	
	% retirada:	Adesão:

C	Paciente com prescrição de Fluoxetina 20 mg 1x dia, 200 comprimidos prescritos, com 135 dias de tratamento completos na data de hoje e 100 comprimidos pendentes	
	% retirada:	Adesão:

6. Considere os casos a seguir, contendo resultados de MRPA de dois pacientes. Calcule as médias geral, manhã e noite para estes dois pacientes e interprete os resultados, considerando que ambos são adultos, com diagnóstico de hipertensão arterial e sob tratamento farmacológico.

Paciente #1

DIA	HORÁRIO	VALORES – MANHÃ	HORÁRIO	VALORES – NOITE
DIA 1	8h30	Medida 1: 135/85	22h40	Medida 1: 130/80
		Medida 2: 135/88		Medida 2: 130/82
DIA 2	8h40	Medida 1: 142/94	22h30	Medida 1: 130/85
		Medida 2: 144/94		Medida 2: 130/80
DIA 3	7h	Medida 1: 145/92	21h	Medida 1: 135/85
		Medida 2: 140/90		Medida 2: 132/82
DIA 4	9h15	Medida 1: 150/95	22h50	Medida 1: 140/80
		Medida 2: 145/90		Medida 2: 135/82

Quanto foi a média geral da PA na monitorização domiciliar? Qual foi a média de manhã e qual foi a média noturna?

Que interpretação você faz deste resultado?

Paciente #2

DIA	HORÁRIO	VALORES – MANHÃ	HORÁRIO	VALORES – NOITE
DIA 1	9h30	Medida 1: 130/80	21h	Medida 1: 120/80
		Medida 2: 130/82		Medida 2: 128/78
DIA 2	9h40	Medida 1: 130/85	20h30	Medida 1: 126/76
		Medida 2: 130/80		Medida 2: 130/78
DIA 3	10h30	Medida 1: 135/85	20h30	Medida 1: 130/80
		Medida 2: 132/82		Medida 2: 130/82
DIA 4	9h30	Medida 1: 140/80	20h10	Medida 1: 130/85
		Medida 2: 135/82		Medida 2: 130/80

Quanto foi a média geral da PA na monitorização domiciliar? Qual foi a média de manhã e qual foi a média noturna?

Que interpretação você faz deste resultado?

7. Considere o caso a seguir, contendo resultados de diário glicêmico de um homem de 63 anos, que utiliza Insulina NPH 18U Manhã e Noite + Insulina Regular 6U Manhã e Noite.

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Dom	Sáb
Jejum	109		124		133	128	
Após café							
Antes almoço		143		141			112
Após almoço							
Antes jantar	125		138		99	103	
Após jantar							
Hora de dormir		234		222			238
Madrugada							
Comentário		Hipoglicemia de 48 mg/dl às 2h AM					

7.1 Calcule as médias do diário glicêmico:

Jejum: _____ Pré-prandial almoço: _____

Pré-prandial jantar: _____ Hora de dormir: _____

7.2 Qual das seguintes opções melhor descreve o padrão glicêmico visto nas últimas leituras desse paciente?

- a) Elevação da glicemia pós-prandial e queda dos níveis noturnos
- b) Glicemia pós-prandial estável e elevação da glicemia noturna
- c) Glicemia pós-prandial estável e glicemia noturna estável
- d) Elevação das glicemias pós-jantar e queda nos níveis noturnos

8. Uma mulher de 64 anos apresenta-se com a preocupação de que sua diabetes não está controlada adequadamente. Ela tem diabetes tipo 2 há 18 anos e usa insulina há pelo menos 5 anos. Seu esquema atual inclui 40U de NPH e 12U de análoga de insulina ultrarrápida (Lispro) administrada antes do café e, então, 6U de NPH e 4U de ultrarrápida antes do jantar. Sua Ac1 está 8,4%. Seu diário de glicemia mostra o seguinte (mg/dl):

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Jejum	149	164	154	169	173	160	168
Após café							
Antes almoço	123	143	156	141	128	112	131
Após almoço							
Antes jantar	125	68	138	83	99	75	103
Após jantar							
Hora de dormir	244	234	289	222	259	238	275
Madrugada							
Comentário							

8.1 Calcule as médias do diário glicêmico:

Jejum: _____ Pré-prandial almoço: _____

Pré-prandial jantar: _____ Hora de dormir: _____

8.2 Qual a melhor descrição para o padrão glicêmico visto no diário?

- a) Glicemia alta no jejum e demais valores bem controlados
- b) Glicemia alta na hora de dormir e demais valores bem controlados
- c) Instável, sem padrão
- d) Glicemia reduzindo ao longo do dia, com valores altos na hora de dormir
- e) Níveis mais erráticos de glicemia no final de semana

9. Considere a seguir o instrumento PHQ-9 para rastreamento e monitoramento dos sintomas da depressão. Inicialmente, aplique o questionário a si mesmo, calcule o escore e interprete o seu próprio resultado. Seja sincero nas respostas!

Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9)				
Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas a seguir?	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentir-se “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais que de costume	0	1	2	3
4. Sentir-se cansado(a) ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3

continua

conclusão

Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9)				
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em ferir-se de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3
SOMA DO SCORE =	0	+__	+__	+__

10. Agora, aplique o PHQ-9 a seu colega de grupo, apenas para fins de treino, calcule o escore e converse abertamente com ele sobre todas aquelas respostas que foram diferentes de zero. O objetivo é entender o que cada item se propõe a medir e como as pessoas interpretam as perguntas do questionário. Assim, você irá se familiarizar com o instrumento e desenvolver a melhor forma de aplicar as questões e interpretar as respostas do paciente.

Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas a seguir?	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentir-se “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva	0	1	2	3

continua

conclusão

Durante as últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas a seguir?	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais que de costume	0	1	2	3
4. Sentir-se cansado(a) ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em ferir-se de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3
SOMA DO SCORE =	0	+____	+____	+____

10.1 Escreva aqui as dificuldades ou dúvidas relatadas pelo seu entrevistado, para responder ou compreender perguntas específicas:

11. Considere o caso de uma mulher, de 55 anos, ex-fumante (parou há 10 anos, história de 20 anos/maço), HDL-C 52 mg/dL, CT= 230 mg/dL, TG= 190 mg/dl, hipertensão controlada com Enalapril 40 mg/dia (PA 128/78 mmHg) e glicemia em jejum 90 mg/dl (sem Dx de diabetes). Determine o Risco Cardiovascular Global, o resultado do LDL-C, e estabeleça metas terapêuticas para o perfil lipídico.

Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global para mulheres							
Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	Sim	
4	40-44		240-279	150-159			Sim
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						
Pontos							Total

continua

conclusão

Risco cardiovascular global em 10 anos: para mulheres			
Pontos	Risco (%)	Pontos	Risco (%)
<-1	<1	10	6,3
-1	1	11	7,3
0	1,2	12	8,6
1	1,5	13	10,0
2	1,7	14	11,7
3	2,0	15	13,7
4	2,4	16	15,9
5	2,8	17	18,5
6	3,3	18	21,6
7	3,9	19	24,8
8	4,5	20	28,5
9	5,3	21+	>30
Interpretação do Risco (%) em 10 anos (Mulheres)		RISCO BAIXO: <5% RISCO INTERMEDIÁRIO: 5 a 10% RISCO ALTO: >10 %	

Pontos na ER Global: _____ % de Risco Global: _____

LDL-C: _____ Meta de LDL-C a ser atingida: _____

Metas de: CT _____ HDL-C _____ TG _____

12. Considere o caso de um homem de 56 anos, Obesidade Grau II, normotenso, CT 200mg/dL. HDL-C 46mg/dL, TG 325mg/dl, hipertenso sob tratamento com Hidroclorotiazida 25mg/dia, PA 140/90, não fumante, glicemia em jejum 112mg/dl (confirmada em dois dias), sem diagnóstico de diabetes, com história familiar positiva (Pai teve um IAM não fatal aos 42 anos).

Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global para homens							
Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	Não	Não
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-139		
3			240-279	160+	130-139		Sim
4			280+		140-159	Sim	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							

continua

conclusão

Atribuição de pontos de acordo com o risco cardiovascular global para homens							
Pontos	Idade (anos)	HDL-C	CT	PAS (não tratada)	PAS (tratada)	Fumo	Diabetes
14	70-74						
15+	75+						
Pontos							Total
Risco cardiovascular global em 10 anos: para homens							
Pontos		Risco (%)		Pontos		Risco (%)	
-3 ou menos		<1		8		6,7	
-2		1,1		9		7,9	
-1		1,4		10		9,4	
0		1,6		11		11,2	
1		1,9		12		13,2	
2		2,3		13		15,6	
3		2,8		14		18,4	
4		3,3		15		21,6	
5		3,9		16		25,3	
6		4,7		17		29,4	
7		5,6		18+		>30	
Interpretação do Risco (%) em 10 anos (Homens)				RISCO BAIXO: <5% RISCO INTERMEDIÁRIO: 5 a 20% RISCO ALTO: >20 %			

Pontos na ER Global: _____ % de Risco Global: _____

LDL-C: _____ Meta de LDL-C a ser atingida: _____

Metas de: CT _____ HDL-C _____ TG _____

13. Considere os problemas relacionados à farmacoterapia a seguir. Para cada um, discuta com sua equipe e formule um exemplo simples, em que pacientes possam vivenciar cada um desses problemas. Siga o exemplo a seguir:

Medicamento inapropriado ou contraindicado: Um homem de 75 anos que recebe uma prescrição de Amitriptilina 25 mg 2x dia para tratamento de depressão recém-diagnosticada (Critérios de Beers e STOPP).

Agora faça o mesmo para os seguintes problemas:

Prescrição em subdose:

Disponibilidade de alternativa mais custo efetiva:

Condição clínica sem tratamento:

Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente:

Técnica de administração do paciente incorreta:

Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária:

Paciente não iniciou o tratamento:

Automedicação indevida:

Doses discrepantes:

Necessidade de exame laboratorial:

Tratamento não efetivo com causa identificada:

Reação adversa dose-dependente (tipo A):

4.11 Estudos de caso - segundo encontro de capacitação

4.11.1 CASO 1

APRESENTAÇÃO:

Homem de 61 anos, IMC 41,1 g/m², com diagnóstico de insuficiência cardíaca grau III, dislipidemia e hipertensão arterial. Queixa de dor em calcâneo (calcanhar), episódios de tontura e cansaço aos esforços. Paciente utiliza oito medicamentos, frequenta três farmácias mensalmente e possui dois médicos prescritores principais. Comparece para primeira consulta com o farmacêutico em 10 de abril de 2014.

ROTEIRO DE ESTUDO:

1. Analise o prontuário, avaliando o estado clínico atual de cada problema de saúde registrado. Registre no prontuário.
2. Faça uma lista de tópicos relativos a este caso, para os quais você não sente segurança, do ponto de vista de conhecimento clínico, da doença, da farmacoterapia ou do comportamento do paciente.
3. Identifique os problemas da farmacoterapia do(a) paciente e defina as condutas adequadas para o caso. Registre os problemas e as intervenções no prontuário.
4. Identifique falhas de preenchimento do prontuário. Faça uma lista das falhas encontradas.
5. Escreva um SOAP para este atendimento, como se você fosse registrar o atendimento no prontuário da unidade.

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA	
PERFIL DO PACIENTE	
Unidade de Saúde: PPP	Data e horário da 1ª consulta: 10/4/2014 – 9h
Origem: BUSCA ATIVA	Local de atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio
Nome do paciente: AWN	
Data de nascimento: 25/1/1953 Idade: 61	Gênero: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Escolaridade: ENSINO MÉDIO	Ocupação: sem ocupação
Telefone: XXXX-XXXX	Peso: 127,5 kg Altura: 1,76 m IMC: 41,61
Endereço: R. XXXX N. XX	Com quem mora? Sozinho
Limitações: <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:	
Autonomia na gestão dos medicamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho	
Tem cuidador? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa: EM CIMA DA GELADEIRA.	

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA

HISTÓRIA SOCIAL

Bebidas alcoólicas: [] Não [X] Sim. Qual(is)? Cerveja, destilados
 Quantidade ingerida: 3 a 4 doses Freqüência de uso: Eventual, com os amigos Tempo de uso: 4 a 5 anos

Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): [] Não [X] Fumava, mas parou há 4-5 anos [] Sim
 Qual(is)? Cigarro Quantidade / dia 2 Maços/dia Anos de uso 30 anos Anos / maço: 60

Exercício físico: [X] Não [] Sim. Tipo de atividade: _____
 Duração: _____ Freqüência: _____ Sente algum incômodo? Não pode fazer exercício

Hábitos alimentares

(restrições, consumo de água e alimentos):

SÓ CAFÉ SEM LEITE, ARROZ COM SALADA.

Rotina (horários e observações importantes)

Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir
7h	7h		12h30 13h	16h 17h	18h30 19h00	22h00 23h00

ACESSO AOS MEDICAMENTOS

Setor público
 [X] Unidades de saúde
 [X] Rede Farmácia Popular
 [] F. comunitária pública
 [] F. especial / ambulatorial

Setor privado
 [X] Farmácias privadas
 [] Farmácias magistrais
 [] Programa "Aqui tem Farmácia Popular"

Quanto gasta com medicamentos mensalmente?
 R\$ 121,00
 Dificuldades de acesso: [X] Não [] Sim:
 (RENDA MENSAL 1 SALÁRIO R\$ 724,00)

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA		
PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual*
1. ICC GRAU III MIOCARDIOPATIA DILATADA IDIOPÁTICA	FALTA DE AR AOS ESFORÇOS E DEITADO. DOR NO CORAÇÃO QUANDO NÃO TOMA O CARVEDILOL. ULTIMAMENTE NÃO SENTE MAIS. FEVE 43% FADIGA, CANSAÇO AOS ESFORÇOS.	NCO
2. PROBLEMA/DOR NO CALCÂNEO (CALCANHAR)	VAI FAZER RX COM DR. DA US. É O QUE MAIS LHE INCOMODA. NÃO CONSEGUE LEVANTAR E CAMINHAR	SAD
3. DISLIPIDEMIA	CT 150 TG 110 HDL 57 (EXAMES: 08/2012) Necessário avaliar exames recentes	DES

continua

conclusão

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA		
4. HAS	140/80 EM 24/2/2014 160/90 EM 21/3/2014 Necessário confirmar com MRPA	DES
5. TONTURA	DUAS VEZES NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEMPRE À NOITE, APROX. MEIA-NOITE.	SAD
6. DOR MUSCULAR	DÓI AS COSTAS, QUALQUER MOVIMENTO FORA DO NORMAL	SAD
7. MUDANÇA DE HUMOR	CRÍTICA EM VOZ ALTA, ULTIMAMENTE NÃO TANTO.	SAD
8.		

* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE	
Nota: 5,5	Motivo: NÃO CONSEGUE FAZER NADA.
QUALIDADE DE VIDA	
Nota: 6,5	Motivo: TEM DE UTILIZAR MUITOS MEDICAMENTOS E NÃO SE SENTE BEM.

FARMACOTERAPIA ATUAL																	
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada						Tempo de uso	Como funciona p/ você? *						
				Café		Almoço		Lanche				Jantar		HD	SN		
				A	D	A	D	A	D	A	D	A	D				
1. Carvedilol 3,125mg	1 CPR manhã 1 CPR noite	Hospital de SP	Angina		1					1						3 anos	1
2. Enalapril 10mg	1 CPR manhã 1 CPR noite	Hospital de SP	Pressão		1					1						3 anos	1
3. Furosemida 40mg	1 CPR manhã	Hospital de SP	Urinar		1											3 anos	1
4. AAS 100mg	1 CPR após almoço	Hospital de SP	Afinar o sangue													3 anos	-

continua

FARMACOTERAPIA ATUAL												
5. Sinvastatina 20mg	1 CPR após jantar	Hospital de SP	Não lembra						1		3 anos	1
6. Espironolactona 25mg	1 CPR manhã	Hospital de SP	Urinar	1							3 anos	1
7. Omeprazol 20mg	1 CPR manhã em jejum	Hospital de SP	Queimação no estômago								3 anos	-
8. Amiodarona 200mg	1 CPR ao dia	Cardiologista	Pressão						1		2 anos	9
9. Ibuprofeno 200mg	1-2 CPR 6/6H se dor	US	Dor								Não usa mais	3
10. Betaistina 8mg	Automedi	-	Só toma quando tem tontura								-	1

* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

ADESÃO AO TRATAMENTO

A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus comprimidos, o(a) senhor(a) tem alguma dificuldade para tomar os seus?
NÃO.

Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?	SETE DIAS (AAS E OMEPRAZOL)
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?	[] Não [X] Sim
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?	[] Não [X] Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?	[X] Não [] Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?	[X] Não [] Sim

ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ?

[] Não [X] Sim

Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:

Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?
FUROSEMIDA			X		INCOMODA QUANDO VAI SAIR DE CASA

ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES? [] Não [X] Sim

[] Dor de cabeça [] Coceira/ urticária [] Problemas de sono [] Problema gastrointestinal	[X] Tontura/desequilíbrio [] Incontinência/problema urinário [] Problema sexual	[X] Dor muscular [X] Fadiga/cansaço [X] Mudança no humor
---	---	--

continua

conclusão

ADESÃO AO TRATAMENTO				
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem			X	
Ler o que está escrito na embalagem	X			
Lembrar de tomar o medicamento	X			AAS
Conseguir o medicamento			X	
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo			X	
TERAPIAS ALTERNATIVAS / COMPLEMENTARES (ex.:acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)				
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/ utilização	
ALERGIAS				
Alergias conhecidas [X] Não [] Sim:				

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	
<p><input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Prescrição em subdose</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose</p> <p><input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada</p> <p><input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados</p> <p><input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Interação medicamento-medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional</p> <p><input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo efetiva</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição</p>	<p>--> CARVEDILOL</p> <p>--> SINVASTATINA E AMIODARONA</p> <p>--> DOR NAS COSTAS E DOR NO CALCÂNEO</p>
ADMINISTRAÇÃO E ADEÇÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO	
<p><input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta</p> <p><input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta</p> <p><input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária</p> <p><input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Automedicação indevida</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados</p>	<p>--> AAS E OMEPRAZOL</p> <p>--> BETAISTINA</p>

continuação

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO		
<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta	
<input type="checkbox"/>	Medicamento em falta no estoque (não dispensado)	
<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE		
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito	
<input type="checkbox"/>	Medicamentos discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições	
<input type="checkbox"/>	Doses discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Duração de tratamentos discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Desvio de qualidade aparente	
<input type="checkbox"/>	Uso de medicamento vencido	
<input checked="" type="checkbox"/>	Armazenamento incorreto	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade	
		--> EM CIMA DA GELADEIRA

continua

conclusão

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
MONITORAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento laboratorial	--> PERFIL LIPÍDICO --> MRPA
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	
<input checked="" type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	
TRATAMENTO NÃO EFETIVO		
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo com causa identificada	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	
<input type="checkbox"/>	Reação retardada/teratogênese (tipo D)	
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS		
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa acidental	
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/>	Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento	

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO	
<p><input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica</p> <p><input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento</p> <p><input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Outro aconselhamento não especificado</p>	<p>--> ORIENTAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DE TOMAR AAS</p> <p>--> MRPA</p>
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Início de novo medicamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Suspensão de medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> Substituição de medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração de via de administração</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aumento da dose diária</p> <p><input type="checkbox"/> Redução de dose diária</p> <p><input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia não especificadas</p>	<p>--> REINICIAR DE AAS E OMEPRAZOL, CONFORME PRESCRITO</p> <p>--> BETAISTINA</p> <p>--> PROPOSTA DE AUMENTO DE CARVEDILOL AO MÉDICO</p>

continua

continuação

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
MONITORAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento laboratorial	--> PERFIL LIPÍDICO
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial	
<input checked="" type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento	--> MRPA
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	
ENCAMINHAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico	--> AUMENTO DE CARVEDILOL
<input checked="" type="checkbox"/>	Encaminhamento ao médico	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao enfermeiro	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao psicólogo	
<input checked="" type="checkbox"/>	Encaminhamento ao nutricionista	--> GRUPO DE NUTRIÇÃO
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao fisioterapeuta	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a serviço de suporte social	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a programa de educação estruturada	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao pronto atendimento	--> FLUXO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO (AMIODARONA)
<input checked="" type="checkbox"/>	Outros encaminhamentos não especificados	

continua

conclusão

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
PROVISÃO DE MATERIAIS		
<input type="checkbox"/> Lista ou calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos/instruções pictóricas <input checked="" type="checkbox"/> Informe terapêutico/carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso/panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input checked="" type="checkbox"/> Diário para automonitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para automonitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados	<p style="text-align: center;">--> MRPA</p>	
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE		
- MRPA - ADESAO AO TRATAMENTO COM AAS E OMEPRAZOL - POSSIBILIDADE DE RECEBER AMIODARONA POR MEIO DO FLUXO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO - ORIENTADO A PARTICIPAR DO GRUPO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR (23/4) - TRAZER A BETAISTINA NA PRÓXIMA CONSULTA		
FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO		
Tempo da consulta (min): 60 MINUTOS	Farmacêutico / Assinatura: XXX	Data e horário da próxima consulta: 17/4/2014, 9h30

SOAP 1 - AWN - Data da primeira consulta: 10/4/2014

AWN, homem, 61 anos, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) grau III, dislipidemia e hipertensão arterial.

Medicamentos: carvedilol 3,125 mg 12/12h, enalapril 10 mg 12/12h, furosemida 40 mg/dia, espironolactona 25 mg/dia, amiodarona 200 mg/dia, AAS 100 mg/dia, sinvastatina 20 mg/dia e omeprazol 40 mg/dia

S# Paciente relata aguardar consulta para avaliação da dor no calcâneo, pois não consegue caminhar. O paciente relata também sentir fadiga e cansaço ao fazer leves esforços e às vezes deitado. Relata, também, que sente angina quando não toma o medicamento Carvedilol. Sentiu tontura duas vezes nos últimos seis meses. Relata não utilizar o AAS e o omeprazol por achar desnecessário, já que não sente problemas gástricos. Também relata não tomar furosemida quando vai sair de casa pela manhã, pois se incomoda em ir muito ao banheiro.

O# Exames laboratoriais (2/8/2013) Colesterol total: 150 mg/dl, triglicerídeos: 110 mg/dl, colesterol-HDL: 57 mg/dl, ureia: 51 mg/dl. PA em 24/2/2014: 140/80 mmHg e em 21/3/2014: 160/90 mmHg. Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE): 43%. Anos/maço: 60, mas parou de fumar há 4 anos. IMC: 41.

A# Foram identificados os seguintes problemas relacionados à farmacoterapia: prescrição em subdose (carvedilol), interação medicamento-medicamento (sinvastatina e amiodarona), condição clínica não diagnosticada e sem tratamento (dor no calcâneo), descontinuação de medicamentos pelo paciente (AAS e omeprazol), automedicação indevida (betaistina), armazenamento incorreto (em cima da geladeira), necessidade de automonitoramento (MRPA), necessidade de monitoramento laboratorial (perfil lipídico) e necessidade de adesão às medidas não farmacológicas (a dieta do paciente é baseada essencialmente em arroz branco, faz uso de bebidas alcoólicas e não pratica atividade física decorrente da ICC e problema no calcâneo).

P# Foram realizadas as seguintes intervenções farmacêuticas: aconselhamento ao paciente sobre os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, condições de saúde e automonitoramento e sobre o armazenamento e o acesso aos medicamentos, recomendação de reinício do tratamento com AAS e omeprazol (conforme prescrito), suspensão da betaistina, sugestão de aumento de dose do carvedilol ao médico por meio de carta e informe terapêutico, recomendação de monitoramento laboratorial (perfil lipídico), recomendação de automonitoramento e entrega do diário para automonitoramento (MRPA), encaminhamento ao médico para avaliação da tontura e da dor no calcâneo e nas costas e encaminhamento ao nutricionista para auxílio na adesão às medidas não farmacológicas. Retorno em 17/4/2014 e agendada consulta com médico para a mesma data, às 10 horas.

ENCAMINHAMENTO AO MÉDICO

Encaminho para avaliação médica o paciente AWN, portador de ICC CFIII, DSLP, HAS e obesidade.

Em avaliação farmacêutica, observou-se que o paciente não possui exames laboratoriais que permitam a avaliação do tratamento da DSLP. Os últimos exames foram realizados há dois anos. Por isso sugerimos avaliação do perfil lipídico do paciente para verificação da eficácia da terapia.

O paciente também não avaliava adequadamente a pressão arterial. Solicitamos ao paciente que realizasse a medida residencial da pressão arterial para verificar a efetividade da terapia anti-hipertensiva, a qual solicitamos que o paciente levasse consigo na consulta médica.

Além disso, paciente apresenta queixa de dor do calcâneo que limitam muito sua autonomia, porém, segundo o paciente, essa condição clínica já está sendo avaliada por um médico da unidade de saúde.

Paciente também relata dores musculares moderadas na região lombar associadas a movimentos mais vigorosos. Relata que quando está em repouso a dor melhora. Não usa medicamentos para melhorar a dor. Porém, como os sintomas persistem a mais de três meses, considero prudente uma avaliação diagnóstica.

Com relação à farmacoterapia, o paciente possui problemas de adesão ao AAS e ao omeprazol, e foi orientado a seguir posologia prescrita pelo médico.

Considerando o fato de o paciente ser portador de ICC cfIII, devido à miocardiopatia idiopática, identificamos que a dose do carvedilol vem se mantendo em 3,125 mg de 12x12 horas já há três anos. Sugerimos, diante disso, o aumento da dose do carvedilol, conforme orientam a últimas diretrizes terapêuticas. Comprometemo-nos a acompanhar o paciente para verificar se houve boa tolerância à esse aumento de dose, mantendo a comunicação e o bom relacionamento com o profissional prescritor. Sugerimos também avaliação da necessidade de manutenção do medicamento Amiodarona 200 mg, pois este medicamento sofre interação com sinvastativa e com o carvedilol, podendo colocar o paciente em risco para eventos adversos.

O paciente também foi encaminhado para um serviço de Nutrição, na tentativa de reeducação alimentar e redução de peso.

Grato pela colaboração, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Assinatura mais carimbo

Farmacêutico, CRF XXX

É importante que a carta seja redigida em papel timbrado em que haja identificação da instituição e telefone para contato.

continua

conclusão

ENCAMINHAMENTO AO NUTRICIONISTA

Encaminho para avaliação nutricional o paciente AWN, portador de ICC CFIII, DSLP, HAS e obesidade.

O paciente foi atendido no serviço de clínica farmacêutica, episódio em que se identificaram hábitos alimentares pouco saudáveis por parte do paciente. Além disso, o paciente é portador de problemas crônicos que exigem restrição de certos componentes da alimentação, como gorduras e sódio.

O paciente apresenta IMC de 41,61 e relata já ter tentado fazer dieta para redução de peso, porém não obteve sucesso. Além do mais, o problema do peso parece estar causando algum grau de ansiedade devido à autoimagem, além de problemas relacionados à autonomia para realização das tarefas diárias.

Sugiro avaliação nutricional e intervenção para tentativa de redução de peso e de adequação alimentar considerando as condições clínicas citadas.

Seguimos acompanhando o paciente e nos colocamos a disposição para eventuais esclarecimentos.

Grato,

Assinatura e Carimbo
Farmacêutico CRF ...

REGISTRO DE CONSULTA – RETORNO		
Paciente: AWN	Data: 17/4/2014	Hora Início: 9h30
RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES		
MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA	Evolução / O que aconteceu:	
Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento	MELHORA DA ADESÃO AO AAS E OMEPRAZOL, PORÉM AINDA ESQUECEU DE TOMAR 2X NA SEMANA.	
Alterações na farmacoterapia realizadas	AUMENTO DA DOSE DE CARVEDILOL O PACIENTE SUSPENDEU O USO DA BETAISTINA CONFORME RECOMENDAÇÃO FARMACÊUTICA	
Exames de monitoramento realizados	MRPA = MÉDIA MANHÃ 150/95, MÉDIA NOITE 140/87	
Consultas realizadas com médico e outros profissionais	CONSULTA COM MÉDICO DA US: AUMENTO DA DOSE DE CARVEDILOL 2CPR DE 6,250 MG POR DIA.	
PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual*
1. ICC GRAU III	FALTA DE AR AO FORÇAR MOVIMENTO E DEITADO. DOR NO CORAÇÃO QUANDO NÃO TOMA CARVEDILOL. ULTIMAMENTE NÃO SENTE MAIS. FEVE 43%. FADIGA E CANSAÇO EM CAMINHADA LEVE. ANDA 100 M E JÁ CANSO	NCO

continua

conclusão

REGISTRO DE CONSULTA – RETORNO		
2. PROBLEMA/DOR NO CALCÂNEO (CALCANHAR)	ENCAMINHAR AO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DO RX	SAD
3. DISLIPIDEMIA	CT 150 TG 110 HDL 57 (EXAMES: 08/2012) Necessário avaliar exame recente	DES
4. HAS	MRPA = MÉDIA MANHÃ 150/95, MÉDIA NOITE 140/87	NCO
5. TONTURA	DUAS VEZES NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, SEMPRE À NOITE, APROX. MEIA-NOITE.	SAD
6. DOR MUSCULAR	DÓI AS COSTAS, QUALQUER MOVIMENTO FORA DO NORMAL	SAD
7. MUDANÇA DE HUMOR	CRÍTICA EM VOZ ALTA, ULTIMAMENTE NÃO TANTO.	SAD
8. "CHIADO NO PEITO"	INÍCIO DE "GRIPE"	SAD

* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

FARMACOTERAPIA ATUAL																		
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada										Tempo de uso	Como funciona p/ você? *			
				Café		Almoço		Lanche		Jantar		HD	SN					
				A	D	A	D	A	D	A	D	A	D					
1. Carvedilol 3,125 Mg	1 CPR Manhã 1 CPR Noite	Hospital de SP	Angina	1													3 anos	1
2. Enalapril 10 Mg	1 CPR Manhã 1 CPR Noite	Hospital de SP	Pressão	1													3 anos	1
3. Furosemida 40 Mg	1 CPR Manhã	Hospital de SP	Urinar	1													3 anos	1
4. Aas 100 Mg	1 CPR Após Almoço	Hospital de SP	Afinar o Sangue				1										3 anos	-
5. Sinvastatina 20 Mg	1 CPR Após Jantar	Hospital de SP	Não lembra										1				3 anos	1
6. Espironolactona 25 Mg	1 CPR Manhã	Hospital de SP	Urinar	1													3 anos	1
7. Omeprazol 20 Mg	1 CPR Manhã em Jejum	Hospital de SP	Queimação no estômago													1	3 anos	9
8. Amiodarona 200 Mg	1 CPR ao Dia	Cardiologista	Pressão													1	2 anos	9
9. Ibuprofeno 200 Mg	1-2 CPR 6/6 h se Dor	US	Dor														Não usa mais	3

* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

ADESÃO AO TRATAMENTO					
A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus comprimidos, o(a) senhor(a) tem alguma dificuldade para tomar os seus? NÃO.					
Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?					DOIS DIAS (AAS)
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?					<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?					<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?					<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?					<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:					
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?
ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim					
<input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Coceira/urticária <input type="checkbox"/> Problemas de sono <input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal	<input checked="" type="checkbox"/> Tontura/desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência/problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual			<input checked="" type="checkbox"/> Dor muscular <input checked="" type="checkbox"/> Fadiga/cansaço <input checked="" type="checkbox"/> Mudança no humor	

continua

conclusão

ADESÃO AO TRATAMENTO				
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem			X	
Ler o que está escrito na embalagem	X			
Lembrar de tomar o medicamento	X			AAS
Conseguir o medicamento			X	
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo			X	
TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)				
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização		Modo de preparo/ utilização
OBSERVAÇÕES				

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)	
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO		
[]	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	
[]	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida	
[]	Prescrição em subdose	
[]	Prescrição em sobredose	
[]	Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada	
[]	Frequência ou horários de administração prescritos inadequados	
[]	Duração do tratamento prescrita inadequada	
[]	Interação medicamento-medicamento	
[]	Interação medicamento-alimento	
[]	Condição clínica sem tratamento	
[]	Necessidade de medicamento adicional	
[]	Disponibilidade de alternativa mais custo efetiva	
[]	Outros problemas de seleção e prescrição	

continua

continuação

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)	
ADMINISTRAÇÃO E ADEÇÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/>	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	--> AAS E OMEPRAZOL
<input type="checkbox"/>	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Técnica de administração do paciente incorreta	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica ou via de administração incorreta	
<input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	
<input type="checkbox"/>	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Redução abrupta de dose pelo paciente	
<input type="checkbox"/>	Paciente não iniciou o tratamento	
<input type="checkbox"/>	Uso abusivo do medicamento	
<input type="checkbox"/>	Automedicação indevida	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de administração ou adesão não especificados	
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO		
<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta	
<input type="checkbox"/>	Medicamento em falta no estoque (não dispensado)	
<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	

continua

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)	
DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE		
[]	Omissão de medicamento prescrito	
[]	Medicamentos discrepantes	
[]	Duplicidade terapêutica entre prescrições	
[]	Doses discrepantes	
[]	Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes	
[]	Duração de tratamentos discrepantes	
[]	Outras discrepâncias não especificadas	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO		
[]	Desvio de qualidade aparente	
[]	Uso de medicamento vencido	
[]	Armazenamento incorreto	
[]	Outros problemas relacionados à qualidade	
MONITORAMENTO		
[X]	Necessidade de monitoramento laboratorial	--> PERFIL LIPÍDICO
[]	Necessidade de monitoramento não laboratorial	--> NOVO MRPA APÓS AUMENTO DE DOSE DE CARVEDILOL
[X]	Necessidade de automonitoramento	

continua

conclusão

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)	
TRATAMENTO NÃO EFETIVO		
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo com causa identificada Tratamento não efetivo sem causa definida	--> HAS
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A) Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) Reação retardada/teratogênese (tipo D) Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa acidental Overdose/intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento		

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA		
<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	
<input type="checkbox"/>	Suspensão de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Substituição de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica	
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	
<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	--> OMEPRAZOL E AAS CONFORME PRESCRITO
<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária	
<input type="checkbox"/>	Outras alterações na terapia não especificadas	

continua

continuação

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
MONITORAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento laboratorial	--> PERFIL LIPÍDICO --> NOVO MRPA APÓS AUMENTO DE DOSE DE CARVEDILOL
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial	
<input checked="" type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	
ENCAMINHAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao médico	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao enfermeiro	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao psicólogo	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao nutricionista	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao fisioterapeuta	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a serviço de suporte social	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a programa de educação estruturada	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao pronto atendimento	
<input type="checkbox"/>	Outros encaminhamentos não especificados	

continua

conclusão

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
PROVISÃO DE MATERIAIS		
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos/instruções pictóricas <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso/panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input checked="" type="checkbox"/> Diário para automonitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para automonitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE		
- Na próxima consulta, avaliar o novo MRPA para monitorização após aumento da dose do carvedilol. - A depender do resultado do novo MRPA, encaminhar ao médico para reavaliação do tratamento anti-hipertensivo. - Para melhorar a adesão ao tratamento com AAS, na próxima consulta recomendar o melhor horário de administração, pois o AAS pode ser administrado após qualquer refeição ao longo do dia.		
FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO		
Tempo da consulta (min): 20 MINUTOS	Farmacêutico / Assinatura: XXX	Data e horário da próxima consulta: 1º/5/2014

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA
Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA)

NOME: AWN

DIA	HORÁRIO	VALORES - MANHÃ	HORÁRIO	VALORES - NOITE
DIA 1 11 / 4 / 2014	7h	Medida 1: 160/90	19h10	Medida 1: 130/80
		Medida 2: 135/90		Medida 2: 140/80
DIA 2 12 / 4 / 2014	7h40	Medida 1: 150/110	19h40	Medida 1: 130/90
		Medida 2: 155/110		Medida 2: 130/90
DIA 3 13 / 4 / 2014	8h	Medida 1: 150/90	19h20	Medida 1: 150/90
		Medida 2: 150/90		Medida 2: 150/90
DIA 4 14 / 4 / 2014	6h30	Medida 1: 150/95	19h05	Medida 1: 150/90
		Medida 2: 150/95		Medida 2: 150/90

INSTRUÇÕES

- Efetuar duas medidas de manhã, antes da tomada dos medicamentos anti-hipertensivos e antes do desjejum, e duas medidas à noite, antes do jantar, ou após duas horas.
- Antes das medidas, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos.
- Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição.
- No momento da medição, ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima.
- Colocar o manguito no braço ao nível do coração.
- Durante a medição não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar.
- Efetuar duas medidas em cada horário, com intervalos de 1 minuto entre as duas medidas.
- Anotar o horário e o valor de cada medida.

Contato: XXXX-XXX

XXX

Farmacêutico responsável

SOAP - AWN - Data do retorno: 17/4/2014

S# Paciente relata apresentar dor nas costas e chiado no peito hoje pela manhã.

O# MRPA: média manhã: 150/95 e média noite: 140/87

A# O paciente reiniciou o tratamento com AAS e omeprazol, entretanto às vezes esquece de utilizar. A consulta com o médico foi realizada e ele aceitou a recomendação e aumentou a dose do carvedilol. O paciente realizou MRPA o qual apresentou valores fora das metas terapêuticas indicando uma falha terapêutica do tratamento anti-hipertensivo.

P# O paciente foi orientado sobre os tratamentos, medidas não farmacológicas e condições de saúde. Foi enfatizada a importância da adesão ao tratamento com AAS e omeprazol. Foi recomendado um novo MRPA após aumento de dose do carvedilol. O novo MRPA será avaliado na próxima consulta e, a depender do resultado, será elaborada carta ao médico com MRPA anexo sugerindo reavaliação do tratamento anti-hipertensivo.

DISCUSSÃO PROPOSTA: RELEMBRANDO A FARMACOLOGIA

Neste caso, o paciente utiliza há anos SINVASTATINA e AMIODARONA concomitantemente. Existe aqui uma interação medicamentosa importante.

Pontos para Reflexão:

- Qual seria o mecanismo por trás desta interação medicamentosa? Na prática, como identificamos interações medicamentosas que sejam relevantes clinicamente?
- Quais seriam os efeitos resultantes dessa interação e como eles se manifestariam clinicamente no paciente? Quais seriam as alternativas terapêuticas neste caso?

4.11.2 CASO 2

APRESENTAÇÃO:

Mulher, 72 anos, com diagnóstico de diabetes, hipertensão e dislipidemia. Queixa-se de barulho na cabeça e pontadas, dores de ouvido de início noturno e de recorrência diária. Dores de estômago quando fica nervosa. Paciente relata estar muito emotiva: “choro demais”. Utiliza oito medicamentos, frequenta mensalmente três farmácias para retirar seus medicamentos e teve contato no último ano com seis médicos prescritores diferentes.

ROTEIRO DE ESTUDO:

1. Analise o prontuário, avaliando o estado clínico atual de cada problema de saúde registrado. Registre no prontuário.
2. Faça uma lista de tópicos relativos a este caso, para os quais você não sente segurança, do ponto de vista de conhecimento clínico, da doença, da farmacoterapia ou do comportamento do paciente.
3. Identifique os problemas da farmacoterapia do(a) paciente e defina as condutas adequadas para o caso. Registre os problemas e as intervenções no prontuário.
4. Identifique falhas de preenchimento do prontuário. Faça uma lista das falhas encontradas.
5. Escreva um SOAP para este atendimento, como se você fosse registrar o atendimento no prontuário da unidade.

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA	
PERFIL DO PACIENTE	
Unidade de Saúde: US PPP	Data e horário da 1ª consulta: 3/4/2014, 10h
Origem: BUSCA ATIVA	Local de atendimento: <input checked="" type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio
Nome do paciente: ARS	
Data de nascimento: 30/5/1942 Idade: 72 ANOS	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino
Escolaridade:	Ocupação: DOMÉSTICA (ERA COSTUREIRA)
Telefone: XXXX-XXXX	Peso: 55 Altura: 1,54 IMC: 23,19
Endereço: R. XXX N. XX	
Com quem mora? MARIDO E FILHO	
Limitações: <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:	
Autonomia na gestão dos medicamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Precisa de lembretes ou de assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho	
Tem cuidador? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____
Locais de armazenamento dos medicamentos em casa: CAIXA DE SAPATO – ARMÁRIO	
HISTÓRIA SOCIAL	
Bebidas alcoólicas: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____	
Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ Qual(is)? _____ Quantidade/dia _____ Anos de uso _____ Anos/maço: _____	

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA

Exercício físico: [] Não [X] Sim. Tipo de atividade: CAMINHADA
 Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? NÃO

Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos): SÓ CAFÉ COM LEITE. FRUTA À TARDE.	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir
	7h	9h		12h	16h	NÃO	22h

ACESSO AOS MEDICAMENTOS

Setor público	Setor privado	Quanto gasta com medicamentos mensalmente? R\$ 30,00 – 40,00
<input checked="" type="checkbox"/> Unidades de saúde <input checked="" type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular <input type="checkbox"/> F. comunitária pública <input checked="" type="checkbox"/> F. especial/ambulatorial	<input checked="" type="checkbox"/> Farmácias privadas <input type="checkbox"/> Farmácias magistrais <input type="checkbox"/> Programa “Aqui tem Farmácia Popular”	Dificuldades de acesso: <input checked="" type="checkbox"/> Não [] Sim: (RENDA MENSAL R\$ 700,00) _____

PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual
1. SINTOMAS NEUROLÓGICOS	PONTADAS, BARULHO NA CABEÇA, DOR DE OUVIDO (PONTADA). INÍCIO À NOITE, TODO DIA. ALIVIA COM MEDICAMENTO CANFORADO	SAD
2. DOR DE ESTÔMAGO	QUANDO FICA NERVOSA	SAD
3. DIABETES	A1C 6,7% (19/3/2014)	CON
4. HIPERTENSÃO	PA: 90/40 MMHG (22/2/2014) – SOLICITAR MRPA	DES
5. "CHORO DEMAIS"	PEDIU CONSULTA COM NEUROLOGISTA. ESTÁ SOZINHA, CHORA. IRMÃO FALECEU NO FINAL DO ANO PASSADO.	SAD
6. DISLIPIDEMIA	LDL=125, CT=217, HDL=63, TG=144 (19/3/2014)	CON
7. IAM	HISTÓRIA DE DOIS INFARTOS DO MIOCÁRDIO. INVESTIGAR SINTOMAS.	DES

PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual
8. PROBLEMA AUDITIVO	NÃO QUER UTILIZAR O APARELHO AUDITIVO	NCO
9.		

* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE	
Nota: 8,0	Motivo: DOR NAS PERNAS, MUSCULAR
QUALIDADE DE VIDA	
Nota: 5,0	Motivo: SENTE MUITA TRISTEZA

FARMACOTERAPIA ATUAL													
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada						Tempo de uso	Como funciona p/você? *		
				Café		Almoço		Lanche				Jantar	HD
				A	D	A	D	A	D	A	D		
1. AAS 100mg	1 CPR após almoço	US	Não sabe										1
2. Anlodipino 5mg	1 CPR 12/12h	US	Não sabe		1								1
3. Enalapril 10mg	1 CPR 12/12h	US	Pressão	1				1					1
4. Hidroclorotiazida 25mg	1 CPR ao dia	US	Urinar		1								1
5. Metformina 850mg	1 CP após almoço	US	Diabetes						1				2
6. Omeprazol 20mg	1 CAPS manhã e noite	US	Dor de estômago							1			1

continua

ADESÃO AO TRATAMENTO					
A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus comprimidos, o(a) senhor(a) tem alguma dificuldade para tomar os seus? NÃO.					
Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?					SETE DIAS (AAS)
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?					<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?					<input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?					<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?					<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim					
Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:					
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?
METFORMINA		X			MUITA ÂNSIA, DOR NO ESTÔMAGO
AAS			X		DOR DE ESTÔMAGO, PAROU DE UTILIZAR
ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
<input checked="" type="checkbox"/> Dor de cabeça <input checked="" type="checkbox"/> Coceira/urticária <input checked="" type="checkbox"/> Problemas de sono <input checked="" type="checkbox"/> Problema gastrointestinal	<input checked="" type="checkbox"/> Tontura/desequilíbrio <input checked="" type="checkbox"/> Incontinência/problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual			<input checked="" type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga/cansaço <input checked="" type="checkbox"/> Mudança no humor	

continua

conclusão

ADESÃO AO TRATAMENTO				
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem			X	
Ler o que está escrito na embalagem	X			TODOS
Lembrar de tomar o medicamento			X	
Conseguir o medicamento			X	
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
TERAPIAS ALTERNATIVAS / COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)				
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização		Modo de preparo/ utilização
BOLDO	DOR DE ESTÔMAGO	ESPORADICAMENTE		CHÁ
ALERGIAS				
Alergias conhecidas [X] Não [] Sim:				

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	
<p><input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrição em subdose</p> <p><input type="checkbox"/> Prescrição em sobre-dose</p> <p><input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada</p> <p><input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados</p> <p><input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada</p> <p><input type="checkbox"/> Interação medicamento-medicação</p> <p><input type="checkbox"/> Interação medicamento-alimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional</p> <p><input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo efetiva</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas de seleção e prescrição</p>	<p>--> SINTOMAS NEUROLÓGICOS</p>
ADMINISTRAÇÃO E ADESAO DO PACIENTE AO TRATAMENTO	
<p><input checked="" type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta</p> <p><input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta</p> <p><input type="checkbox"/> Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária</p> <p><input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Redução abrupta de dose pelo paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Automedicação indevida</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão não especificados</p>	<p>--> ANLÓDIPINO, OMEPRAZOL</p> <p>--> AAS</p> <p>--> DIAZEPAM, SINVASTATINA</p> <p>--> DICLOFENACO</p>

continua

continuação

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
<input type="checkbox"/> Omissão de medicamento prescrito <input type="checkbox"/> Medicamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Duplicidade terapêutica entre prescrições <input type="checkbox"/> Doses discrepantes <input type="checkbox"/> Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes <input type="checkbox"/> Duração de tratamentos discrepantes <input type="checkbox"/> Outras discrepâncias não especificadas	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO	
<input type="checkbox"/> Desvio de qualidade aparente <input type="checkbox"/> Uso de medicamento vencido <input type="checkbox"/> Armazenamento incorreto <input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados à qualidade	

continua

conclusão

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
MONITORAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	
<input checked="" type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	--> PA
TRATAMENTO NÃO EFETIVO		
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo com causa identificada	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	--> AAS/DICLOFENACO/ METFORMINA
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	
<input type="checkbox"/>	Reação retardada/teratogênese (tipo D)	
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E)	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS		
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa acidental	
<input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento		

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA		
<input checked="" type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	--> AAS
<input checked="" type="checkbox"/>	Suspensão de medicamento	--> DICLOFENACO, DIAZEPAM E SINVASTATINA
<input type="checkbox"/>	Substituição de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica	
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	
<input checked="" type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária	--> OMEPRAZOL --> ANLODIPINO, OMEPRAZOL (CONFORME PRESCRIÇÃO)
<input type="checkbox"/>	Outras alterações na terapia não especificadas	

continua

conclusão

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES	
MONITORAMENTO			
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento laboratorial	--> MRPA	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial		
<input checked="" type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento		
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas		
ENCAMINHAMENTO			
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico		
<input checked="" type="checkbox"/>	Encaminhamento ao médico		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao enfermeiro		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao psicólogo		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao nutricionista		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao fisioterapeuta		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a serviço de suporte social		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a programa de educação estruturada		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao pronto atendimento		
<input type="checkbox"/>	Outros encaminhamentos não especificados		
PROVISÃO DE MATERIAIS			
<input checked="" type="checkbox"/>	Lista ou Calendário posológico de medicamentos		
<input type="checkbox"/>	Rótulos/instruções pictóricas		
<input checked="" type="checkbox"/>	Informe terapêutico/carta ao médico ou outros profissionais		
<input type="checkbox"/>	Material educativo impresso/panfleto		
<input type="checkbox"/>	Informação científica impressa		
<input checked="" type="checkbox"/>	Diário para automonitoramento		
<input type="checkbox"/>	Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento		
<input type="checkbox"/>	Dispositivo para automonitoramento		
<input type="checkbox"/>	Provisão de materiais não especificados		
	<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		

OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE

FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO

Tempo da consulta (min): 75 MINUTOS	Farmacêutico / Assinatura: XXX	Data e horário da próxima consulta: 17/4/2014, 7h30
--	-----------------------------------	--

SOAP – ARS – Data da primeira consulta: 3/4/2014

ARS, mulher, 72 anos, com diagnóstico de diabetes, hipertensão e dislipidemia. Em uso de: AAS 100 mg/dia, anlodipino 5 mg 12/12h, enalapril 10 mg 12/12h, hidroclorotiazida 25 mg/dia, metformina 850 mg/dia, omeprazol 20 mg 12/12h, atorvastatina 40 mg/dia.

S# Paciente se queixa de barulho na cabeça e pontadas, dores de ouvido de início noturno e de recorrência diária, além de dores de estômago quando fica nervosa. Também relata se sentir muito emotiva.

O# PA em 22/2/2014: 90/40. Exames laboratoriais datados de 13/3/2014: hemoglobina glicada: 6,7%, glicemia em jejum: 103, colesterol total: 217, colesterol-LDL: 125, triglicerídeos: 144.

A# Paciente omite doses de omeprazol (usa 1x ao dia, em vez de 2x, conforme prescrição), continuação indevida de sinvastatina (continuou tomando após substituição do médico por atorvastatina, portanto a paciente usava simultaneamente ambos); redução da dose de anlodipino pela paciente (toma 1 cp em vez de 2 cp prescritos); paciente descontinuou o AAS devido a dor de estômago, contudo a paciente ingere diariamente 1 cp de diclofenaco sem prescrição. Paciente necessita avaliação dos problemas neurológicos. Paciente utiliza diazepam esporadicamente. A paciente necessita de monitoramento da pressão arterial. Ela relata desconforto gastrointestinal após o uso da metformina e do AAS.

continua

conclusão

SOAP – ARS – Data da primeira consulta: 3/4/2014

P# A paciente foi orientada sobre as condições de saúde, os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e o automonitoramento. Recomendou-se o reinício do tratamento com AAS (sendo orientado a utilização adequada para evitar desconto gastrointestinal), a descontinuação do diclofenaco, diazepam (gradualmente) e sinvastatina, a alteração do horário de administração do omeprazol (em jejum), o aumento da dose diário do anlodipino e do omeprazol conforme o prescrito, a recomendação do automonitoramento da pressão arterial (MRPA), encaminhamento ao médico para avaliação das queixas, provisão de informe terapêutico ao médico, provisão de lista e calendário posológico ao paciente e diário para automonitoramento. Agendado retorno para 17/4/2014.

REGISTRO DE CONSULTA – RETORNO

Paciente: ARS

Data: 17/4/2014

Hora Início: 7h30

RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES

MUDANÇAS DESDE A ÚLTIMA CONSULTA

Evolução / O que aconteceu:

Mudanças no comportamento e adesão do paciente ao tratamento

PACIENTE ESTÁ ADERINDO AO TRATAMENTO COM AAS, ANLODIPINO E OMEPRAZOL
A PACIENTE DESCONTINUOU O USO DA SINVASTATINA E DICLOFENACO, CONFORME RECOMENDAÇÃO FARMACÊUTICA

Alterações na farmacoterapia realizadas

MÉDICO DA US REDUZIU DOSE DE ATORVASTATINA PARA 20 MG AO DIA (PORÉM O PACIENTE RELATOU CONTINUAR TOMANDO 2 CPR DE 20 MG AO DIA)

Exames de monitoramento realizados

MRPA = MÉDIA MANHÃ 125/78, MÉDIA NOITE 130/85

Consultas realizadas com médico e outros profissionais

CONSULTA COM MÉDICO DA US EM 11/4/2014

PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS		
Problemas de saúde do paciente	Registrar exames, sinais e sintomas do paciente relativos a cada doença Fazer HDA quando houver queixas (Tempo – início, frequência e duração; localização; característica; gravidade; ambiente; fatores que agravam ou que aliviam; sintomas associados)	Estado Clínico Atual*
1. SINTOMAS NEUROLÓGICOS	CONTINUA BARULHO NA CABEÇA E DOR NO OUVIDO. ENCAMINHADA AO MÉDICO.	SAD
2. DOR DE ESTÔMAGO	MELHOROU	CON
3. DIABETES	A1C 6,7% (19/03/2014)	CON
4. HIPERTENSÃO	MRPA = MÉDIA MANHÃ 125/78, MÉDIA NOITE 130/85	CON
5. "CHORO DEMAIS"	TRISTEZA. ENCAMINHADA AO MÉDICO	SAD
6. DISLIPIDEMIA	LDL=125, CT=217, HDL=63, TG=144 (19/03/2014)	CON
7. IAM	NÃO RELATOU FALTA DE AR NEM DOR NO PEITO	CON
8. PROBLEMA AUDITIVO	NÃO QUER USAR O APARELHO AUDITIVO	NCO

* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

FARMACOTERAPIA ATUAL															
Princípio ativo / Concentração	Posologia Prescrita	Origem da prescrição	Para que você utiliza?	Posologia utilizada								Tempo de uso	Como funciona p/ você? *		
				Café		Almoço		Lanche		Jantar				HD	SN
				A	D	A	D	A	D	A	D				
1. AAS 100 mg	1 CPR após almoço	US	Afinar o sangue				1							6 anos	1
2. Anlodipino 5 mg	1 CPR 12/12H	US	Não sabe						1					6 anos	1
3. Enalapril 10 mg	1 CPR 12/12H	US	Pressão	1					1					6 anos	1
4. Hidroclorotiazida 25 mg	1 CPR ao dia	US	Urinar											6 anos	1
5. Metformina 850 mg	1 CP após almoço	US	Diabetes				1							6 anos	1
6. Omeprazol 20 mg	1 CAPS manhã e noite	US	Dor de estômago	1					1					1 ano	1
7. Atorvastatina 20 mg	1 CPR ao dia	HC	Colesterol									2		6 meses	1
8. Diazepam 5 mg	1 CPR se necessário		Nervosa/ pra dormir										1		1

* Como esse medicamento funciona para você? 1 = Funciona Bem; 2 = Funciona Regular; 3 = Não Funciona Bem; 9 = Não Sei

ADESÃO AO TRATAMENTO					
A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar seus comprimidos, o(a) senhor(a) tem alguma dificuldade para tomar os seus? NÃO					
Quantas vezes, nos últimos sete dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos?					NENHUM
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?					[] Não [X] Sim
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?					[] Não [X] Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?					[X] Não [] Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?					[X] Não [] Sim
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? [X] Não [] Sim					
Se SIM, por favor, liste os nomes dos medicamentos e o quanto eles o(a) incomodam:					
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma incomoda?
ESTÁ SENTINDO OU JÁ SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS A SEGUIR NOS ÚLTIMOS MESES? [X] Não [] Sim					
[] Dor de cabeça	[] Tontura/desequilíbrio			[] Dor muscular	
[] Coceira/urticária	[] Incontinência/problema urinário			[] Fadiga/cansaço	
[] Problemas de sono	[] Problema sexual			[] Mudança no humor	
[] Problema gastrointestinal					

continua

conclusão

ADESÃO AO TRATAMENTO				
AGORA, CITAREI UMA LISTA DE PROBLEMAS QUE AS PESSOAS, ÀS VEZES, TÊM COM SEUS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar o medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
TERAPIAS ALTERNATIVAS / COMPLEMENTARES (ex.: acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)				
Terapia alternativa	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/ utilização	
OBSERVAÇÕES				
NA CONSULTA DE 11/4/2014, MÉDICO REDUZIU A DOSE DE ATORVASTATINA PARA 1 CP 20 MG / NOITE, POIS O VALOR DE CPK ESTAVA ALTO = 253 UI/L (VALOR DE REFERÊNCIA 26 A 192 PARA MULHERES).				

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	
[]	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado
[]	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida
[]	Prescrição em subdose
[]	Prescrição em sobredose
[]	Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada
[]	Frequência ou horários de administração prescritos inadequados
[]	Duração do tratamento prescrita inadequada
[]	Interação medicamento-medicamento
[]	Interação medicamento-alimento
[]	Condição clínica sem tratamento
[]	Necessidade de medicamento adicional
[]	Disponibilidade de alternativa mais custo efetiva
[]	Outros problemas de seleção e prescrição

continua

continuação

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)
ADMINISTRAÇÃO E ADEÇÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO	
<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente Técnica de administração do paciente incorreta Forma farmacêutica ou via de administração incorreta Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente Continuação indevida do medicamento pelo paciente Redução abrupta de dose pelo paciente Paciente não iniciou o tratamento Uso abusivo do medicamento Automedicação indevida Outros problemas de administração ou adesão não especificados
ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto Dispensação de dose incorreta Dispensação de forma farmacêutica incorreta Dispensação de quantidade incorreta Medicamento em falta no estoque (não dispensado) Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados

continua

continuação

MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)	
PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	
DISCREPÂNCIAS ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito
<input type="checkbox"/>	Medicamentos discrepantes
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições
<input type="checkbox"/>	Doses discrepantes
<input type="checkbox"/>	Formas farmacêuticas ou vias de administração discrepantes
<input type="checkbox"/>	Duração de tratamentos discrepantes
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Desvio de qualidade aparente
<input type="checkbox"/>	Uso de medicamento vencido
<input type="checkbox"/>	Armazenamento incorreto
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade
MONITORAMENTO	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento laboratorial
<input checked="" type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial
<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento
	--> AVALIAR "BARULHO NA CABEÇA". AGUARDANDO CONSULTA COM NEUROLOGISTA.

continua

conclusão

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)	
TRATAMENTO NÃO EFETIVO		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo com causa identificada Tratamento não efetivo sem causa definida	
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A) Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B) Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C) Reação retardada/teratogênese (tipo D) Efeitos de descontinuação de um medicamento (tipo E) Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Overdose/intoxicação medicamentosa acidental Overdose/intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/> Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento		

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamento específico	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre tratamentos de forma geral	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA		
<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	
<input type="checkbox"/>	Suspensão de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Substituição de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica	
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	
<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	
<input checked="" type="checkbox"/>	Redução de dose diária	--> ATORVASTATINA CONFORME PRESCRITO
<input type="checkbox"/>	Outras alterações na terapia não especificadas	

continua

continuação

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
MONITORAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	
ENCAMINHAMENTO		
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico	
<input checked="" type="checkbox"/>	Encaminhamento ao médico	--> NEUROLOGISTA
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao enfermeiro	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao psicólogo	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao nutricionista	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao fisioterapeuta	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a serviço de suporte social	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a programa de educação estruturada	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao pronto atendimento	
<input type="checkbox"/>	Outros encaminhamentos não especificados	

continua

conclusão

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS		OBSERVAÇÕES
PROVISÃO DE MATERIAIS		
<input checked="" type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Rótulos/instruções pictóricas <input checked="" type="checkbox"/> Informe terapêutico/carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso/panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa <input type="checkbox"/> Diário para automonitoramento <input checked="" type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para automonitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados		
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento		
OUTRAS AÇÕES PACTUADAS COM O PACIENTE		
_____ _____		
FINALIZAÇÃO E AGENDAMENTO		
Tempo da consulta (min): 45 MINUTOS	Farmacêutico / Assinatura: XXX	Data e horário da próxima consulta: A CONFIRMAR

SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (MRPA)				
NOME: ARS				
DIA	HORÁRIO	VALORES - MANHÃ	HORÁRIO	VALORES - NOITE
DIA 1 11 / 4 / 2014	7h	Medida 1: 130/80	18h	Medida 1: 130/80
		Medida 2: 120/70		Medida 2: 130/80
DIA 2 12 / 4 / 2014	7h	Medida 1: 120/70	19h	Medida 1: 130/90
		Medida 2: 120/80		Medida 2: 120/90
DIA 3 13 / 4 / 2014	9h	Medida 1: 120/70	19h20	Medida 1: 130/80
		Medida 2: 120/70		Medida 2: 120/80
DIA 4 14 / 4 / 2014	8h05	Medida 1: 140/90	19h	Medida 1: 140/90
		Medida 2: 130/80		Medida 2: 140/90

INSTRUÇÕES

- Efetuar duas medidas de manhã, antes da tomada dos medicamentos anti-hipertensivos e antes do desjejum, e duas medidas à noite, antes do jantar, ou após duas horas.
- Antes das medidas, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos.
- Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição.
- No momento da medição, ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima.
- Colocar o manguito no braço ao nível do coração.
- Durante a medição não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar.
- Efetuar duas medidas em cada horário, com intervalos de 1 minuto entre as duas medidas.
- Anotar o horário e o valor de cada medida.

Contato: XXXX-XXXX

XXX

Farmacêutico responsável

SOAP – ARS – Data de retorno: 17/4/2014

S# Paciente relata melhora das queixas anteriores, principalmente a dor no estômago. Porém, continua o barulho na cabeça.

O# MRPA: média manhã: 125/78 e média noite: 130/85. O médico prescreveu diazepam 5 mg à noite, se necessário, e reduziu a dose de atorvastatina para 20 mg ao dia.

A# Percebe-se melhora na adesão ao tratamento medicamentoso, porém a paciente ainda apresenta certa confusão. Houve adesão ao tratamento com AAS, anlodipino e omeprazol noturno. Não houve adesão na redução recente da dose de atorvastatina (relata preferir continuar tomando 2 cp ao dia).

P# Foram entregues envelopes para organização do tratamento medicamentoso. Em conversa com o médico, foi justificada a redução da dose de atorvastatina baseada no resultado da creatinofosfoquinase (CPK)= 253 UI/L. Contudo, até a data do referido exame, a paciente estava fazendo uso concomitante de sinvastatina e atorvastatina. Sugere-se nova avaliação de CPK tendo em vista a suspensão da sinvastatina da paciente.

DISCUSSÃO PROPOSTA: RELEMBRANDO A FARMACOLOGIA

Nesse caso específico, a paciente tem em seu histórico de medicação dois Aines: ácido acetilsalicílico e ibuprofeno. O AAS neste caso é utilizado como antiagregante plaquetário e o Ibuprofeno estava indicado para tratamento de dor.

Pontos para reflexão:

- A eficácia do AAS como antiagregante plaquetário pode ser alterada pelo uso concomitante do ibuprofeno? De que forma? Que alternativa terapêutica seria recomendada neste caso?
- O uso associado destes dois medicamentos aumenta o risco de sangramento gastrointestinal deste paciente? Como? Que medida terapêutica seria recomendada neste caso?

Referências

ABDEL-TAWAB, R. et al. Development and validation of the Medication-Related Consultation Framework (MRCF). **Patient Educ. Couns.**, [S.l.], v. 83, n. 3, p. 451-7, 2011.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes--2014. **Diabetes Care**, Alexandria, v.37, p. S14-80, 2014. supl.1

ANGONESI, D.; G. SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3603-14, 2010.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saude Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-89, 2012.

BERGER, B. A. **Communication Skills for Pharmacists**: Building relationships, improving patient care. Washington, DC: American Pharmaceutical Association, 2005.

CARVALHO, M. F. C. **A polifarmácia em idosos no Município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Saúde Pública, 2007.

COOK, D. J. et al. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. **Chest**, Chicago, v. 102, n. 4, p. 305S-311S, 1992.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

D'AGOSTINO, R. B. et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. **Circulation**, Baltimore, v. 117, n. 6, p. 743-53, 2008.

DE LIMA, Osório F. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspect Psychiatr Care**, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 216-27, 2009.

DOUCETTE, W. R. et al. Development and initial assessment of the medication user self-evaluation (MUSE) tool. **Clinical Therapeutics**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 344-50, 2013.

ECCLES, M. et al. North of England evidence based guideline development project: guideline on the use of aspirin as secondary prophylaxis for vascular disease in primary care. **British Medical Journal**, London, v. 316, n. 7140, p. 1303-1309, 1998.

EL DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **J. Vasc. Bras.**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 1-4, 2007.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [S.l.], v. 31, p. S7-S17, 2009.

FREITAS, E.; PERINI, E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? **Acta Farm. Bonaerense**, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 7, 2006.

GALLAGHER, P. et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. **International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics**, [S.l.], v. 46, n. 2, p. 72–83, 2008.

GERVÁS, J. et al. Clasificación de la gravedad de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) en atención farmacéutica. **Pharm Care España**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 77–83, 2005.

GUERREIRO M. P.; CANTRILL, J. A.; MARTINS, A. Morbilidade evitável relacionada com medicamentos - Validação de indicadores para cuidados primários em Portugal. **Acta Med. Port.**, [S.l.], v. 20, p. 107–30, 2007.

HORNE, R.; WEINMAN, J.; HANKINS, M. The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. **Psychology Health**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 1-24, 1999.

IRIBARRY, I. N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, Fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003.

JAMES, P.A. et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). **JAMA**, Chicago, v. 311, n. 5, p. 507–20, 2013.

KOZMA, C. M. Outcomes research and pharmacy practice. **American Pharmacy**, Washington, v. NS36, n. 7, p. 34-40, 1995.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento Solidário ou Atropelamento? A Qualidade na Relação Profissional de Saúde e Paciente Face à Tecnologia Informacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511. 2004.

MACKINNON, N. J.; HEPLER, C. D. Preventable drug-related morbidity in older adults. Indicator development. **J. Manag. Care Pharm.**, [S.l.], v. 8, n. 5, p. 365-371, 2002.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med. Care**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

MORRIS, C. J. et al. Indicators for preventable drug related morbidity: application in primary care. **Qual. Saf. Health Care**, [S.l.], v. 13, n. 3, p. 181-185, 2004.

MORRIS, C. J. et al. Preventing drug-related morbidity—determining valid indicators. **Int. J. Qual. Health Care**, [S.l.], v. 14, n. 3, p. 183-198, 2002.

MOYSÉS, S. T. et al. **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: OPAS; 2012.

NOBRE, F. et al. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

NUCLEO EINSTEIN DE ALCOOL E DROGAS DO HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (NEAD). **Site Álcool e Drogas Sem Distorção**. São Paulo: Hospital Albert Einstein, 2009.

OKUMURA, L. M.; ROTTA, I.; CORRER, C. J. Assessment of pharmacist-led patient counseling in randomized controlled trials: a systematic review. **International journal of clinical pharmacy**, [S.l.], v. 36, n. 5, p. 882–91, 23 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Carta de Ottawa. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**. I. M. d. S. (Br.). Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz, 1986.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **El estado físico: uso e interpretación de la antropometría**. Ginebra: OMS, 1995. P. 452. OMS, Serie de Informes Técnicos.

OXFORD. Oxford Centre for evidence based medicine. **Levels of Evidences**, 2009. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>. Acesso em: 27 jul. 2012.

RYAN, C. et al. Potentially inappropriate prescribing in an Irish elderly population in primary care. **Br. J. Clin. Pharmacol.**, [S.l.], v. 68, n. 6, p. 936–47, 2009.

SABATER, D. et al. Types of pharmacist intervention in pharmacotherapy follow-up. **Seguim Farmacoter**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 90–7, 2005.

SACKETT, D. L.; HAYNES, R. B.; GIBSON, E. S. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. **Lancet**, London, v. 1, p. 1205-1207, 1975.

SALGADO, T. et al. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 131, n. 2, p. 88-94, 2013.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1533–43, 2013.

SARDINHA, C. Indian Health Service: Paving the Way for Pharmaceutical Care. **Jounal Manag. Care Pharm.**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 36-43, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes de monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e III Diretrizes de monitorização residencial da pressão arterial (MRPA). **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 1–40, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 2014.

SOUZA, T. T. **Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos**: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais. 326 p. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2012 BEERS CRITERIA UPDATE EXPERT PANEL. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 60, n. 4, p. 616–31, 2012.

TIETZE, K. J. **Clinical Skills for Pharmacists**: a patient-focused approach. 3. ed. St. Louis: Elsevier, 2012.

WANNMACHER, L.; FUCHS, F. D. Conduta terapêutica embasada em evidências. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 237-241, 2000.

WEIL, P. T., R. **O Corpo Fala**: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. Petropolis – RJ, 2011. 287 p.

WEINGART, S. N. et al. Patient-reported medication symptoms in primary care. **Arch. Intern. Med.**, [S.l.], v. 165, n. 2, p. 234–40, 2005.

WENG, M. C. et al. The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases. **QJM**, [S.l.], v. 106, n. 11, p. 1009-1015, 2013.

XAVIER, H.T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arq Bras Cardiol**, [S.l.], v. 101, n. 4, p. 1–20, 2013.

Equipe do Projeto

EQUIPE MINISTÉRIO DA SAÚDE

Supervisão Geral

Carlos Augusto Grabois Gadelha – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS

José Miguel do Nascimento Júnior – Diretoria do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAF/MS

Karen Sarmento Costa – Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica – CGAFB/DAF/SCTIE

Suetônio Queiroz de Araújo – Supervisão Técnica de AF do Projeto QualiSUS-Rede

Coordenação Executiva do Projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

Maria Ondina Paganelli – Consultoria Técnica – CGAFB/DAF/SCTIE

Orlando Mário Soeiro – Consultoria Técnica – CGAFB/DAF/SCTIE

Consultoria do Projeto do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica

Supervisão Técnica em Cuidado Farmacêutico

Cassyano Januário Correr

Michel Fleith Otuki

Apoio Regional em Cuidado Farmacêutico

Flávia Ludimila Kavalec Baitello

Rangel Ray Godoy

Thais Teles de Souza

EQUIPE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

Adriano Massuda – Secretaria de Saúde da SMS Curitiba

Beatriz R. Ditzel Patriota – Coordenação da Atenção Farmacêutica / Dep.
Redes de Atenção à Saúde (SMS)

Luiz Armando Erthal – Diretoria do Centro de Saúde Ambiental da SMS
de Curitiba

Equipe de Condução – Farmacêuticos Nasf

Beatriz Ribeiro Ditzel Patriota – Distrito Sanitário Cajuru

Cristiane Maria Chemin – Distrito Sanitário Portão

Daniele Chaves Cordeiro dos Santos – Distrito Sanitário Pinheirinho

Edson Natal Parise – Distrito Sanitário Bairro Novo

Elayne Cristina Busmayer – Distrito Sanitário Santa Felicidade

Linda Tieko Kakitani Morishita – Distrito Sanitário Boa Vista

Marilia Chinasso – Distrito Sanitário Boa Vista

Marina Miyamoto – Distrito Sanitário Cajuru

Patricia Bach – Distrito Sanitário Boa Vista

Rafael Bobato – Distrito Sanitário Matriz

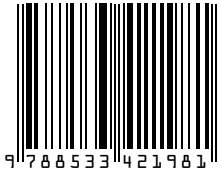
Rosângela de Oliveira Amorim – Distrito Sanitário Boqueirão

Rosimeire Ferreira da Costa – Distrito Sanitário CIC

Silmara Simioni – Distrito Sanitário Boa Vista

Farmacêuticos da Rede de Atenção Básica do Município de Curitiba

ISBN 978-85-334-2198-1

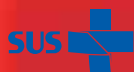


DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

